

BARMER GEK Arztreport 2012

Auswertungen zu Daten bis 2010

Schwerpunkt:
Kindergesundheit

Januar 2012

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 12

BARMER GEK Arztreport 2012

Schwerpunkt: Kindergesundheit

Herausgeber:	BARMER GEK Hauptverwaltung Schwäbisch Gmünd Abteilung Versorgungsforschung Gottlieb-Daimler-Straße 19 73529 Schwäbisch Gmünd 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:	978-3-537-44112-6

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 - Routineteil	7
Schwerpunkt: Kindergesundheit	15
2 VORBEMERKUNGEN ZU ROUTINEAUSWERTUNGEN	23
3 AMBULANTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG	27
3.1 Hintergrund	27
Art und Struktur der Daten	28
Veränderungen der Daten ab 2008	32
Umfang der Daten	35
Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit	36
3.2 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren	41
Variationen im Jahresverlauf	45
3.3 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	48
3.4 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit	53
3.5 Anzahl kontaktierter Ärzte - Arztwechsel	63
3.6 Regionale Variationen der Inanspruchnahme	69
3.7 Ambulante Diagnosen	71
Diagnosehäufigkeiten	72
Diagnosezahl und Diagnosekombinationen	90
3.8 Diagnosen – differenzierte Betrachtung	97
Ambulante Diagnosen und reale Erkrankungshäufigkeiten	97
Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen	99
3.9 Untersuchungen zur Früherkennung	119
4 SCHWERPUNKT: KINDERGESUNDHEIT	127
4.1 Allgemeine Inanspruchnahme	128
4.2 Versorgung durch Kinder- und Allgemeinärzte	133
4.3 Versorgung durch andere Fachärzte	141
4.4 U-Untersuchungen	147
4.5 Erkrankungen im Kindesalter	159

Klassische Kinderkrankheiten	159
Ausgewählte Diagnosen	172
Akute Infektionen der oberen Atemwege (ICD10: J00-J06)	172
Atopisches Ekzem, Neurodermitis (ICD10: L20)	175
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	180
5 ANHANG	201
5.1 Standardpopulation Bevölkerung	202
5.2 Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse	203
5.3 Abkürzungen, ICD10-Kapitel	205
5.4 Tabellenanhang	207
6 VERZEICHNISSE, INDEX	245
6.1 Abbildungsverzeichnis	245
6.2 Tabellenverzeichnis	248
6.3 Verzeichnis der Tabellen im Anhang:	249
6.4 Index	252

Vorwort

Der BARMER GEK Arztreport 2012 wertet pseudonymisierte Routinedaten zum ambulanten Versorgungsgeschehen von rund 8,7 Millionen BARMER GEK-Versicherten aus. Allein für das Kalenderjahr 2010 handelt es sich um insgesamt fast 0,9 Milliarden Datensätze zu Diagnosen, Behandlungsmaßnahmen und Abrechnungen.

Wir nutzen diese Daten, um einen aktuellen Überblick über Entwicklungen im ambulant-ärztlichen Leistungssektor zu geben, aber auch, um Fragen und Verbesserungsvorschläge zu formulieren.

Ein eigener Abschnitt ist der Frage gewidmet, wie häufig es vorkommt, dass Patienten mehrere Arztpraxen innerhalb eines Jahres in Anspruch nehmen. Dabei betrachten wir die verschiedenen Facharztgruppen getrennt. Nicht ganz überraschend finden sich häufige Arztwechsel z.B. bei Haus- und Kinderärzten, also solchen Fachgruppen, die von den Patienten relativ viel in Anspruch genommen werden.

Besonders möchten wir Ihr Interesse auf das Schwerpunktthema 2012 "Kindergesundheit" lenken. Wie werden Kinder bei Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie anderen Fachärzten behandelt? Bei diesen Untersuchungen gehen wir vertiefend auf regionale Unterschiede der Inanspruchnahme ein und betrachten mögliche Gründe dafür. Weiter finden Sie Angaben zur altersabhängigen Häufigkeit von klassischen Kinderkrankheiten und weiteren Diagnosen, z.B. zu den in bestimmten Altersgruppen überraschend häufig diagnostizierten Entwicklungsstörungen beim Sprechen.

Unser Dank gilt Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, Hans Dörning und Dr. Thomas G. Grobe vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung ISEG in Hannover, die den Arztreport im Auftrag der BARMER GEK erstellt haben.

Wir freuen uns auf das Leserecho und wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Berlin, im Januar 2012

Dr. jur. Rolf-Ulrich Schlenker

1 Zusammenfassung

Besonderheiten und Schwerpunkt: Der vorliegende *BARMER GEK Arztreport 2012* liefert, als Fortführung des seit 2006 erschienenen *GEK-Reportes ambulante-ärztliche Versorgung*, bereits zum sechsten Mal einen aktuellen und umfassenden Überblick zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Traditionell gliedert sich der Arztreport in einen Routineteil sowie ein Schwerpunktkapitel.

Berichtet werden im aktualisierten **Routineteil** des vorliegenden Reportes vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2010. Grundlage der Auswertungen bildeten pseudonymisierte Daten zu mehr als 8 Millionen Versicherten der BARMER GEK, die für die jetzt vorgelegten Auswertungen erstmals in Form eines einheitlichen Gesamtdatenbestandes der 2010 aus der Fusion der BARMER und GEK entstandenen Krankenkasse betrachtet werden konnten. Die Ergebnisse werden dabei im Arztreport – wie in vorausgehenden Jahren und sofern nicht explizit abweichend erwähnt – in einer entsprechend der Geschlechts- und Altersstruktur der deutschen Bevölkerung standardisierten Form präsentiert. Dies ermöglicht eine Übertragung der Ergebnisse auf die Bevölkerung, die unbeeinflusst von der spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur der betrachteten Versichertenpopulation bleibt. Im diesjährigen **Schwerpunktkapitel** befasst sich der Report mit dem **Thema Kindergesundheit**.

Ambulante ärztliche Versorgung - Routineteil

Datenvolumina: In der BARMER GEK waren Ende 2010 insgesamt 8,67 Millionen Menschen versichert, die – bezogen auf die im Inland wohnhaften Versicherten – einen Anteil von 10,6% an der deutschen Bevölkerung stellten. Die Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten der BARMER GEK umfassten im Jahr 2010 Angaben zu insgesamt 74,5 Mio. Behandlungsfällen mit 296 Mio. dokumentierten Diagnoseschlüsseln und 498 Mio. Abrechnungsziffern, welche eine ausgesprochen breite Basis für nachfolgend dargestellte Auswertungen liefern. Vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen bezie-

hen sich die Auswertungen für das Jahr 2010 dabei überwiegend auf diejenigen 8,28 Mio. Versicherten, die in allen vier Quartalen des Jahres jeweils mindestens einen Tag bei der BARMER GEK versichert waren.

Grunddaten und Kennziffern:

- **Behandlungsrate:** Innerhalb des Jahres 2010 hatten nach geschlechts- und alterstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten 91,4% der Bevölkerung Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung¹, nur knapp 9% der Bevölkerung suchten innerhalb des Jahres keinen Arzt auf.
- **Behandlungsfälle:** Innerhalb des Jahres 2010 wurden nach vorliegenden Daten und unter Zugrundelegung der aktuellen deutschen Bevölkerungsstruktur je Person durchschnittlich 8,08 Behandlungsfälle im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung abgerechnet. Ein Behandlungsfall fasst dabei grundsätzlich jeweils *alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt* bzw. in einer abrechnenden Praxis *innerhalb eines Quartals* zusammen². Im statistischen Durchschnitt wurden demnach für jeden Versicherte sinngemäß in jedem der vier Quartale des Jahres 2010 Leistungen von etwas mehr als zwei unterschiedlichen Ärzten bzw. Arztpraxen abgerechnet. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich diese Zahl damit nur geringfügig geändert, ein in den Vorjahren feststellbarer kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen könnte vorläufig gebremst sein. Inhaltlich ist in diesem Kontext allerdings zu bedenken, dass es im Jahr 2009, unter anderem im Zuge der "Neuen Grippe", zu Fallzahlen oberhalb des allgemeinen Trends gekommen sein

¹ Alle Auswertungen beziehen sich ausschließlich auf die ärztliche Behandlungen OHNE zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlungen.

² Diese Abgrenzung von Behandlungsfällen resultiert aus der quartalsweisen Abrechnung von Ärzten. Bei dieser für die kassenärztliche Versorgung typischen Abgrenzung von Behandlungs- bzw. Abrechnungsfällen spielt es keine Rolle, aus welchen Gründen ein Patient den Arzt innerhalb eines Quartals aufsucht. So würden beispielsweise die Krankschreibung und Behandlung eines Patienten wegen Grippe im Januar sowie mehrmalige Praxisbesuche beim selben Arzt zur Blutdruckeinstellung im März eines Jahres grundsätzlich im Rahmen nur genau eines Behandlungsfalls quartalsbezogen vom behandelnden Arzt abgerechnet.

dürfte, weshalb bei einem Stagnieren der Fallzahlen im Folgejahr kaum von einer Trendwende gesprochen werden kann.

- **Arztkontakte:** Arztkontakte lassen sich auf Basis der verfügbaren Routinedaten seit der Einführung pauschalierter Vergütungen 2008 in der ärztlichen Versorgung, bei der auch mehrfache Patientenkontakte mit der Angabe lediglich einer Abrechnungsziffer und einem zugehörigen Tagesdatum abgegolten sind, kaum mehr quantifizieren. Im ersten BARMER GEK Arztreport waren für das Jahr 2008 – nach Hochrechnungen vorrangig auf der Basis von Daten vor Einführung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften – 18,1 Arztkontakte pro Kopf der Bevölkerung berichtet worden. Dass es 2009 im Vergleich zum Vorjahr zu einem Rückgang der Kontakte gekommen sein könnte, erschien schon vor dem Hintergrund der „Neuen Grippe“ mit ihrem zeitlich atypischen Gipfel im vierten Quartal 2009 sehr unwahrscheinlich. Mit dem Ausbleiben vergleichbarer Ereignisse im Jahr 2010 wäre demgegenüber eher mit leicht rückläufigen Zahlen zu rechnen, was mit den verfügbaren Daten allerdings nicht verifiziert werden kann.

Einfluss von Alter und Geschlecht, Behandlungskosten: Geschlechts- und altersgruppenspezifische Auswertungen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung 2010 zeigen im Allgemeinen vergleichbare Muster wie in zurückliegenden Jahren (vgl. Abbildung 4 Seite 49 sowie Abbildung 5 Seite 50). Seit dem 1. Januar 2009 galt für einen weit überwiegenden Teil der ärztlich abgerechneten Leistungen erstmals ein bundesweit und kassenübergreifend einheitlicher Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent je Punkt, für 2010 wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss ein Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent je Punkt festgelegt. Unter Rückgriff auf den letztgenannten Orientierungspunktwert lassen sich als Ergebnis von geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen approximative durchschnittliche jährliche Behandlungskosten in Höhe von **475 Euro pro Kopf und Jahr** für die ambulante ärztliche Versorgung 2010 ermitteln (Kosten für ambulant abgerechnete ärztlicher Leistungen, hier inklusive ambulant abgerechneter Leistungen von psychologi-

schen Psychotherapeuten, ohne Kosten für Verordnungen von Arznei- oder Heil- und Hilfsmitteln). Während männliche Versicherte dabei durchschnittliche Kosten in Höhe von 410 Euro verursachten, lag der Wert für die ambulanzärztliche Versorgung von Frauen bei durchschnittlich 537 Euro pro Jahr. Nach Hochrechnung der genannten Zahlen auf die gesamte Bevölkerung resultieren für 2010 approximative Aufwendungen für die ambulanzärztliche Versorgung in Deutschland in Höhe von 38,8 Milliarden Euro. Für 2004 waren vom Statistischen Bundesamt bei einer Auflistung von Ausgaben nach Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland 34,4 Milliarden Euro für Arztpraxen veranschlagt worden. 2008 waren es bereits 40,3 Milliarden, 2009 schließlich 42,8 Milliarden Euro³. Abzüglich der Ausgaben von Arbeitgebern sowie der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung ergaben sich für 2009 39,0 Milliarden Euro Ausgaben für Arztpraxen. Insofern dürfte die im Report vorgenommene Schätzung die aktuellen Gesamtausgaben für die ambulanzärztliche Behandlung in Deutschland kaum überschätzen. Im Gegensatz zu Angaben aus anderen Datenquellen können die vorliegenden Schätzungen jedoch unter anderem auch für unterschiedliche Versichertengruppen ausgewiesen werden. Angaben zu Ausgaben für Versicherte in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen sind Abbildung 6 auf Seite 52 sowie Tabelle A 4 auf Seite 210 im Anhang zu entnehmen. Diese variierten zwischen 177 Euro bei 20- bis 24-jährigen Männern und durchschnittlich 989 Euro je Jahr bei Männern im Alter zwischen 80 und 84 Jahren. Während im mittleren Lebensalter die Ausgaben bei Frauen merklich über denen bei Männern liegen, verursachen ab einem Alter von etwa 70 Jahren Männer durchschnittlich höhere Ausgaben. Geschlechts- und altersabhängig unterscheiden sich ambulante Behandlungskosten damit erheblich. Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass entsprechende Unterschiede in anderen Leistungsbereichen, beispielsweise bei den Krankenhausbehandlungskosten, typischerweise noch stärker ausgeprägt sind.

³ <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?language=de&sequenz=tabelle&selectionname=23611>*

Behandlungen nach Facharztgruppen: Seit 2009 lassen sich Inanspruchnahmen der ambulanten Versorgung für vollständige Kalenderjahre nach der Mitte 2008 eingeführten Fachgruppenzuordnung aus der „Lebenslangen Arztnummer“ (LANR) zuordnen, womit seit 2009 auch eine Differenzierung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung möglich ist.

Insgesamt 34,3% der Behandlungsfälle 2010 wurden von allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausärzten abgerechnet (vgl. Tabelle 5 auf Seite 59). Ihr Anteil an der Vergütung lag bei 32,4%. Ein einzelner Behandlungsfall verursachte approximative Kosten in Höhe von gut 55 Euro (vgl. Tabelle 6 auf Seite 61). Innerhalb eines Jahres wurden pro Versichertem nach altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten durchschnittlich etwa 154 Euro für die hausärztliche Versorgung aufgewendet. Weit überwiegend zur hausärztlichen Versorgung lassen sich in einer erweiterten Definition zudem die durchschnittlich 23 Euro zählen, die altersübergreifend 2010 für die kinderärztliche Versorgung angefallen sind.

Fallbezogen die höchsten Kosten fielen für Behandlungen bei psychologischen Psychotherapeuten an. Dabei ist zu bedenken, dass Leistungen von Psychotherapeuten nicht delegiert werden können und in der Regel fast immer einen langen Patientenkontakt voraussetzen, weshalb Psychotherapeuten zugleich die Berufsfachgruppe mit den therapeutenbezogen geringsten Behandlungsfallzahlen bilden dürften. Im Durchschnitt über alle Versicherten wurden schätzungsweise pro Kopf etwa 23 Euro pro Jahr für die Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten ausgegeben. Weitere Zahlen sind den genannten Tabellen zu entnehmen.

Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten bzw. Arztpraxen: Für einen überwiegenden Teil von Versicherten werden innerhalb eines Jahres Leistungen von mehr als einem Arzt oder Praxisteam erbracht. Während patientenseitige Kontakte zu Ärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen vorrangig auf unterschiedliche gesundheitliche Probleme oder einen weiter gefächerten fachlichen Abklärungsbedarf hindeuten, ließen sich Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten der-

selben Fachdisziplin unter bestimmten Umständen eher im Sinne eines Ärzte-Hoppings interpretieren. Seit 2009 können und müssen dabei auch Auswertungen zur Zahl der patientenseitig kontaktierten Ärztegruppen oder Praxen mit Differenzierungen von Fachgruppen nach Angaben aus der LANR erfolgen⁴.

Im Jahr 2010 wurden nach altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten bei mehr als der Hälfte der Bevölkerung (54,7%) Leistungen von vier oder mehr Praxen abgerechnet, nur gut 45% erhielten innerhalb des Jahres Leistungen von drei oder weniger Praxen. Beschränkt man die Zählung der unterschiedlichen patientenseitig kontaktierten Ärzte beziehungsweise Betriebsstätten auf die Zählung von Praxen mit vorrangig kurativen Fachgruppenzuordnungen (also unter Vernachlässigung der vorrangig diagnostisch im Auftrag tätigen Gruppen wie Radiologen, Pathologen, Labormedizinern u.ä.), hatten noch 39,8% der Bevölkerung innerhalb des Jahres Kontakt zu 4 oder mehr entsprechenden Praxen (vgl. Abbildung 8 auf Seite 64). Im Durchschnitt wurden von einem Versicherten 2010 3,3 unterschiedliche behandelnde Ärzte bzw. Arztpraxen aufgesucht. Nur etwa 10% der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche behandelnde Ärzte auf, bei etwa 1,2% der Versicherten wurden Leistungen von mehr als 10 unterschiedlichen Betriebsstätten behandelnder Ärzte abgerechnet.

Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So hatten nach Hochrechnungen der geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnisse im Jahr 2010 63,3 Mio. Einwohner bzw. 77,5% der Bevölkerung Deutschlands mindestens einmalig Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarzt. 60,0% der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau einen Hausarzt, nur 3,1% kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Haus-

⁴ *Da die Behandlung durch mehrere Ärzte innerhalb einer Praxis inhaltlich kaum im Sinne eines Arztwechsels zu interpretieren wäre, wurden ausschließlich Wechsel von Betriebsstätten betrachtet. Für entsprechende Auswertungen wurde jeder Praxis beziehungsweise Betriebsstätte eine eindeutige Fachgruppe zugeordnet, die jeweils der Fachgruppe des Arztes mit den meisten erfassten Abrechnungsziffern innerhalb des Jahres entsprach.*

arztpraxen. Enthalten sind in dieser Zählung dabei auch alle "Wechsel" der Arztpraxis, die sich ohne primäre Patientenintention, z.B. bei Praxisschließungen während einer Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patienten, ergeben. Noch geringere "Wechselraten" als bei Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden (vgl. Tabelle 7 auf Seite 66).

Ambulante Diagnosen: Diagnoseangaben aus der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden aus wissenschaftlicher Sicht ein ausgesprochen relevantes Datensegment. Im Mittel wurden je Person im Rahmen der ambulanten Versorgung nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten innerhalb des Jahres 2010 **29,9 formal gültige Diagnoseschlüssel** (von beliebigen, ggf. auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 2,44 Milliarden dokumentierten Diagnoseangaben. Dabei finden sich je Person innerhalb des Jahres durchschnittlich **11,7 unterscheidbare Diagnoseangaben** (auf 3-stelliger ICD10-Ebene), darunter 9,6 unterschiedliche Diagnoseschlüssel je Person im Sinne von Erkrankungen (vgl. Abbildung auf Seite 91 sowie den erläuternden Text). Grundsätzlich sind mit den Daten Aussagen zur bevölkerungsbezogenen Häufigkeit für eine Vielzahl von Erkrankungen möglich, zu denen anderweitig kaum aktuelle oder nur sehr vage Informationen verfügbar sind. Diagnoseangaben zu extrem großen Populationen, wie zu den hier betrachteten Versicherten der BARMER GEK, erlauben zudem Differenzierungen, die anderweitig nicht hätten realisiert werden können. 2010 fanden sich in Diagnoseangaben zu den 8,28 Millionen näher betrachteten Versicherten der BARMER GEK insgesamt 910 unterschiedliche 3-stellige ICD10-Schlüssel, die jeweils bei noch mehr als 5.000 Versicherten innerhalb des Jahres erfasst wurden.

Die Auswertungen im Report präsentieren populationsbezogen ermittelte **Diagnosehäufigkeiten** regelmäßig ungefiltert "wie ärztlich dokumentiert" (vgl. Textabschnitte ab Seite 71). Einerseits werden in Bezug auf eine Reihe von Diagnosen dadurch möglicherweise keinesfalls optimale Schätzer für die reale Er-

krankungshäufigkeit im Sinne eines „Goldstandards“ geliefert. Andererseits ist nur bei diesem Vorgehen ein unverfälschter Einblick in die primäre Dokumentationspraxis im Rahmen der ambulanten Versorgung gewährleistet. Möglichkeiten zur Validierung einzelner Diagnosen sind recht unterschiedlich und müssen mit Bedacht gewählt und schließlich auch dokumentiert werden, sofern das Vorgehen im wissenschaftlichen Sinne nachvollziehbar sein soll. Dies ist bei Darstellungen, die primär die Betrachtung aller verwendeten Diagnosen einschließen, kaum adäquat leistbar. Vor diesem Hintergrund sollte jede im Report dokumentierte Diagnoserate kritisch diskutiert werden. Dies gilt allerdings auch für alle möglicherweise alternativ verfügbaren Schätzer zu Erkrankungshäufigkeiten. Neben altersübergreifenden Kennzahlen zu Diagnosehäufigkeiten liefert der Arztreport bereits traditionell auch Auflistungen zu häufigen Diagnosen in bestimmten Altersgruppen (vgl. Tabellen ab Seite 101).

Früherkennungsuntersuchungen: Auch für das Jahr 2010 beinhaltet der Arztreport wieder Auswertungen zu Früherkennungsuntersuchungen, deren Nutzung über spezifische Abrechnungsziffern in den Daten dokumentiert wird (vgl. Abschnitte ab Seite 119 mit Informationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Sinne von Cervix-Abstrichen und Abtasten der Prostata, zur Früherkennung von Darmkrebs, Brustkrebs und Hautkrebs sowie dem Ceck-up 35).

Schwerpunkt: Kindergesundheit

Das Schwerpunktkapitel des Arztreportes befasst sich in diesem Jahr mit dem Thema Kindergesundheit. Dargestellt werden Ergebnisse zur allgemeinen und fachärztlichen Inanspruchnahme in der ambulanten Versorgung, zur Inanspruchnahme von U-Untersuchungen, zu „klassischen“ Kinderkrankheiten sowie zu einigen weiteren ausgewählten Diagnosen. Dabei werden vorrangig Kinder aus den Altersgruppen von 0 bis 14 Jahre betrachtet, wobei Darstellungen zur Altersabhängigkeit von Maßzahlen regelmäßig Gruppen bis zum Alter von 19 Jahren berücksichtigen. Aufgrund der umfangreichen Datenbasis war bei vielen Darstellungen eine **Differenzierung in 1-Jahres-Altersgruppen** möglich, wobei jede dieser Altersgruppen geschlechtsspezifisch noch mehr 29 Tsd. und geschlechtsübergreifend jeweils mehr als 59 Tsd. Kinder umfasst. Insgesamt wurden Daten zu mehr als einer Million Kindern bis zum Alter von 14 Jahren ausgewertet. Um altersabhängige Ereignisse einem bestimmten Altersjahr der Kinder möglichst exakt zuordnen zu können, wurden Daten aus den Jahren 2009 und 2010 verwendet und bei jüngeren Kindern jeweils **individuelle Einjahreszeiträume**, beginnend mit dem Quartal des Geburtstages und unter Einbeziehung der jeweils folgenden drei Quartale, bei den Auswertungen berücksichtigt. Die Daten können dabei, abhängig vom Geburtsquartal, aus der Zeit zwischen dem 1. April 2009 und dem 31. Dezember 2010 stammen.

Allgemeine Inanspruchnahme Zwischen der Geburt und dem 15. Geburtstag bildet das erste Lebensjahr nach den vorliegenden Auswertungsergebnissen den Zeitraum mit der intensivsten ambulanten ärztlichen Versorgung. Mehr als 99% der Säuglinge wurden innerhalb des ersten Lebensjahres ambulant-ärztlich betreut. Im Rahmen von durchschnittlich 6,6 Behandlungsfällen wurden Leistungen im Wert von approximativ knapp 460 Euro erbracht.

Innerhalb der ersten sechs Lebensjahre verbleiben die Behandlungsfallzahlen bei jährlichen Inanspruchnahmeraten von etwa 98% auf einem relativ hohen Niveau, nach dem 6. Geburtstag und Abschluss der regulären U-Untersuchungen liegen sie merklich niedriger und sinken tendenziell bei beiden Ge-

schlechtern bis etwa zum dreizehnten Lebensjahr weiter ab. Bis zu diesem Alter liegen Parameter der Inanspruchnahme bei Jungen in einzelnen Altersjahren durchgängig über denen bei Mädchen. Während bei Jungen mit weiter zunehmendem Alter tendenziell ein weiterer Rückgang zu beobachten ist, steigt die Inanspruchnahme bei Mädchen in der Zeit nach dem Pubertätsbeginn wieder an und übersteigt ab dem fünfzehnten Lebensjahr die von Jungen zum Teil deutlich (vgl. auch Abbildung 15, S. 130). Altersübergreifend lagen die approximativen jährlichen ambulant-ärztlichen Behandlungskosten bei Kindern mit durchschnittlich 289 Euro merklich unter dem für 2010 ermittelten Durchschnitt über alle Versicherten von 475 Euro.

Kinderärztliche vs. allgemeinärztliche Versorgung Innerhalb der ersten Lebensjahre wird ein weit überwiegender Teil der Kinder erwartungsgemäß durch Kinderärzte betreut, wobei allerdings bereits innerhalb des ersten Lebensjahres mehr als ein Fünftel der Kinder auch Leistungen von Allgemeinmedizinern erhalten (im Sinne hausärztlich niedergelassener Allgemeinmediziner oder Internisten; vgl. Abbildung 17 und Abbildung 18 ab S. 134).

Innerhalb eines Jahres keinen Kontakt zu einem Kinderarzt hatten nach Auswertungen von bundesweit erfassten Daten 8,0% der 0- bis 5-jährigen Kinder. Dieser Anteil variierte auf Bundeslandebene erheblich zwischen nur 3,0% in Bremen und 15,9% in Mecklenburg-Vorpommern und zeigte bei Auswertungen auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten einen deutlichen Zusammenhang mit der regionalen Bevölkerungsdichte. Während in dicht besiedelten Regionen regelmäßig nur relativ wenige Kinder ohne Kinderarztkontakt blieben, lag der Anteil von Kindern ohne Kinderarztkontakt in dünner besiedelten Regionen tendenziell zumeist über dem Durchschnitt (vgl. Abbildung 19 und Abbildung 20 ab S. 138). Mit steigendem Alter und dabei insbesondere nach Vollendung des sechsten Lebensjahres werden Kinder in zunehmendem Umfang von „normalen“ Hausärzten betreut. Etwa ab der Pubertät übersteigt der Umfang der allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Betreuung bei bundesweiten Auswertungen den der kinderärztlichen Betreuung.

Inanspruchnahme von Fachärzten Von den insgesamt durchschnittlich 5,47 Behandlungsfällen pro Jahr bei Kindern im Alter zwischen 0 und 14 Jahren wurden 2,11 Fälle (38,7%) von anderen Fachgruppen als von Kinderärzten⁵ und allgemeinmedizinischen Hausärzten abgerechnet. Nach Kinderärzten und Allgemeinmedizinerinnen werden Augenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden und Chirurgen am häufigsten kontaktiert, wobei sich typische Altersgipfel der Inanspruchnahme zeigen (vgl. Abbildung 22 auf S. 143). Bei Behandlungen durch Neurologen und Psychiater (hier inklusive ärztliche Psychotherapeuten sowie entsprechende, auf Kinder spezialisierte Fachgruppen) sowie auch bei Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten zeigen sich geschlechtsabhängige Unterschiede. Vor Vollendung des 13. Lebensjahres hatten Jungen in einzelnen Altersjahren deutlich häufiger als Mädchen einen Kontakt zu entsprechenden Therapeutengruppen, bei Jugendlichen lässt sich demgegenüber ein umgekehrtes geschlechtsspezifisches Verhältnis der Inanspruchnahme zeigen (vgl. Abbildung 23, S. 145).

U-Untersuchungen Die sogenannten U-Untersuchungen U1 bis U9 sowie die erst Mitte 2008 eingeführte U7a dienen der Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen bei heranwachsenden Kindern und sollen bei allen Kindern innerhalb von untersuchungsabhängig unterschiedlich festgelegten Zeiträumen bis zum sechsten Lebensjahr durchgeführt werden. Nach Auswertungen von Abrechnungsdaten aus den Jahren 2008 bis 2010 lagen die Teilnahmeraten bei den typischerweise ambulant durchgeführten Untersuchungen U3 bis U7 bundesweit bei etwa 95%, bezogen auf die U8 und U9 bei etwa 90%. Vergleichsweise selten wurde nach den vorliegenden Ergebnissen demgegenüber die noch nicht so lange etablierte U7a mit einer Teilnahmerate von 85,5% genutzt, obwohl bei der Ermittlung dieser Rate Kinder mit einem regulären Untersuchungstermin im ersten Jahr der Einführung der U7a, also Kinder

⁵ Hier Kinderärzte ohne Fachärzte für Neuropädiatrie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie.

mit Termin bis Mitte 2009, unberücksichtigt blieben (vgl. Abbildung 25 auf S. 151 und nachfolgende Seiten). Insgesamt mehr als 90% aller U-Untersuchungen wurden von Kinderärzten durchgeführt bzw. abgerechnet.

Auf den ersten Blick überraschend erschienen verhältnismäßig große regionale **Differenzen bei der Inanspruchnahme von U-Untersuchungen auf Bundeslandebene** (vgl. Abbildung 28 auf Seite 157). Die deutlichsten Unterschiede zeigten sich dabei im Hinblick auf die Teilnahme an der U7a. Während im Saarland nach den vorliegenden Ergebnissen bei regulären Untersuchungsterminen zur U7a zwischen Mitte 2009 bis Ende 2010 nur etwa eines von 30 Kindern fehlte, wurde in Berlin und Hamburg jedes vierte Kind nicht untersucht.

Ein Teil der Differenzen zwischen den Bundesländern dürfte dabei im Zusammenhang mit der föderal unterschiedlichen Umsetzung eines Einladewesens zu Vorsorgeuntersuchungen stehen. Während das Saarland mit der Umsetzung eines Einladewesens zu allen U-Untersuchungen bereits im Jahr 2007 bundesweit eine Vorreiterrolle einnahm, wurde ein Einladewesen in Berlin erst Mitte 2010 etabliert, in Hamburg startete ein Modellprojekt mit Beschränkung auf die Untersuchungen U6 und U7 im Oktober 2010. Obwohl die Repräsentativität der hier betrachteten BARMER GEK-Population im Hinblick auf die Teilnehmeraten an U-Untersuchungen kritisch hinterfragt werden muss und ein kausaler Zusammenhang zwischen Einladewesen und Teilnehmeraten auf Basis der vorliegenden Ergebnisse nicht explizit postuliert werden kann, sprechen die Ergebnisse für einen spürbaren Einfluss eines Einladewesens auf die Teilnehmeraten und deuten auf eine schwierige Ausgangssituation in den beiden Stadtstaaten Hamburg und Berlin hin.

Klassische Kinderkrankheiten Als „klassische“ Kinderkrankheiten lassen sich bestimmte Infektionskrankheiten bezeichnen, die typischerweise primär bereits in der frühen Kindheit auftreten. Das Kapitel des Reportes liefert einen systematischen Überblick zur Häufigkeit der Diagnosen „klassischer“ Kinder-

krankheiten in einzelnen Lebensjahren. Für sieben der fünfzehn hier berücksichtigten Erkrankungen werden in Deutschland bundesweit Impfungen beginnend im frühen Kindesalter empfohlen. Entsprechend wird ein Teil der Erkrankungen nur noch ausgesprochen selten diagnostiziert (vgl. Tabelle 33, S. 162).

Masern und **Hepatitis A** zählen zu den bundesweit bereits bei Verdachtsfällen meldepflichtigen Infektionskrankheiten. Auswertungsergebnisse auf der Basis von Daten der BARMER GEK zu diesen Erkrankungen ergeben geringe Diagnoseraten, die jedoch noch über Angaben aus amtlichen Statistiken liegen. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass insbesondere Verdachtsfälle dieser beiden meldepflichtigen Erkrankungen nur unvollständig in den amtlichen Meldestatistiken abgebildet werden.

Windpocken lassen sich, trotz einer seit Mitte 2004 gültigen allgemeinen Impfpflicht in Deutschland, weiterhin zu den vergleichsweise häufig diagnostizierten „klassischen“ Kinderkrankheiten zählen. Dabei dürfte der aktuell beobachtete Altersgipfel mit einer Diagnoserate oberhalb von 3% im sechsten Lebensjahr auch durch die Einführung der Impfung beeinflusst sein (vgl. Abbildung 29, S. 169).

Ausgewählte Diagnosen Ein abschließendes Kapitel des Schwerpunktes „Kindergesundheit“ befasst sich mit drei ausgewählten Erkrankungsgruppen.

Akute Infektionen der oberen Atemwege im Sinne der 3-stelligen ICD10-Schlüssel J00 bis J06 werden bei Kindern ausgesprochen häufig diagnostiziert, wobei der unspezifischen 3-stelligen Diagnose J06 „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ die größte Bedeutung zukommt. Keine andere Diagnose wird bei Kindern so häufig diagnostiziert. Im zweiten Lebensjahr erhielten 78% der Kinder eine Diagnose aus der Gruppe „Akute Infektionen der oberen Atemwege“, 65% waren dabei von der Diagnose J06 betroffen, die typischerweise bei relativ unspezifischen Symptomen von Erkältungskrankheiten vergeben werden dürfte. Mit zunehmendem Alter wird die unspezifische Diagnose J06 merklich seltener vergeben.

Der Altersgipfel der Diagnose von akuten Mandelentzündungen (J03, Akute Tonsilitis) als zweithäufigste Diagnose aus der Gruppe akuter Infektionen der oberen Atemwege liegt mit Diagnoseraten oberhalb von 20% im vierten und fünften Lebensjahr und damit in einem Lebensabschnitt, in dem häufig auch Vergrößerungen der Gaumen- und insbesondere der Rachenmandeln dokumentiert werden (vgl. Abbildung 32, S. 174). Während Vergrößerungen (Hyperplasien) der Mandeln in höherem Alter nur noch selten diagnostiziert werden, sind auch Jugendliche von akuten Entzündungen der Mandeln jährlich zu etwa 10% betroffen. Welche Rolle operative Entfernungen vergrößerter Mandeln bei den Beobachtungen spielen, konnte im Rahmen der vorliegenden Auswertungen nicht näher betrachtet werden.

Ein **atopisches Ekzem** (umgangssprachlich häufig als Neurodermitis bezeichnet) wurde innerhalb eines Jahres im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung bei 11,2% aller Kinder im Alter zwischen 0 und 14 Jahren dokumentiert⁶. Ausgesprochen häufig wird die Erkrankung im zweiten Lebensjahr mit Diagnoseraten von 17,8% bei Jungen und 15,9% bei Mädchen erfasst. Obwohl die Erkrankung als chronisch gilt und eine kausale Therapie nicht bekannt ist, zeigt ein Blick auf die altersabhängigen Diagnoseraten, dass ein wesentlicher Teil der zunächst im Kleinkindalter betroffenen Kinder als Jugendliche weitgehend beschwerdefrei sein dürften. So waren im Alter von 19 Jahren nur noch 4,4% der männlichen und 7,3% der weiblichen Jugendlichen betroffen (vgl. Abbildung 33, S. 176)⁷. Auffällig und schwer zu erklären sind im Hinblick auf das atopische Ekzem deutliche regionale Unterschiede der Diagnose-

⁶ Nach Ergebnissen von anderweitig nicht gezeigten Routineauswertungen von GEK-Daten dürfte die Diagnosehäufigkeit in zurückliegenden Jahren noch etwas höher gelegen haben. Für 2004 ergab sich bei einem methodisch etwas abweichendem Vorgehen für 0 bis 14-jährige Kinder noch eine Rate von 12,3%. 2009 lag sie bei 11,5%.

⁷ Diese Interpretation der altersabhängigen Ergebnisse geht davon aus, dass Kohorteneffekte bei der querschnittlich beobachteten Altersabhängigkeit allenfalls eine untergeordnete Rolle spielen.

raten mit durchgängig erhöhten Raten in den neuen Bundesländern und dabei insbesondere in Thüringen (vgl. Abbildung 34, S. 178).

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache im Sinne einer ICD10-Diagnose F80 bilden die bei Kindern am häufigsten erfasste 3-stellige (F-)Diagnose aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD10. Erfasst werden mit dem Diagnoseschlüssel gemäß Beschreibung in der ICD10 *„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“*. Von einer entsprechenden Diagnose waren nach den vorliegenden Auswertungsergebnissen 11,9% aller Jungen und 8,5% aller Mädchen im Alter zwischen 0 und 14 Jahren betroffen (geschlechtsübergreifend 10,3%)⁸, wobei am häufigsten die unspezifische Subdiagnose F80.9, gefolgt von der Subdiagnose F80.0 „Artikulationsstörungen“, vergeben wurde (vgl. Tabelle 35, S. 182).

Während die altersübergreifend ermittelten Diagnoseraten noch moderat erscheinen, offenbaren altersspezifisch ermittelte Raten einen ausgesprochen hohen Anteil an betroffenen Kindern. So wurde die Diagnose F80 innerhalb des sechsten Lebensjahres, also kurz vor dem Beginn der regulären Schulpflicht, bei 37,8% der Jungen und 29,6% der Mädchen vergeben. Geschlechtsübergreifend waren damit allein in diesem Altersjahr gut ein Drittel aller Kinder betroffen (vgl. Abbildung 36, S. 183). Werden noch einige weitere Diagnosen von Sprech- und Sprachstörungen ergänzend berücksichtigt, die in der Systematik der ICD10 an anderer Stelle geführt werden, erhöhen sich die angegebenen

⁸ *Nach methodisch leicht abweichenden und anderweitig nicht gezeigten Routineauswertungen von GEK-Daten dürfte eine entsprechende Diagnose 2004 erst bei 8,8% der Kinder gestellt worden sein.*

Werte noch geringfügig (vgl. Abbildung 39, S. 190). Bundesweit wurde innerhalb eines Jahres eine Diagnose von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in weiterem Sinne⁹ bei 11,21% der Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren gestellt, was bezogen auf die deutsche Bevölkerung schätzungsweise 1,23 Mio. betroffenen Kindern entspricht, darunter ca. 730 Tsd. Jungen und 500 Tsd. Mädchen.

Bei Auswertungen zur regionalen Diagnosehäufigkeit von Störungen des Sprechens und der Sprache zeigten sich vergleichsweise geringe Variationen (vgl. Abbildung 40, S. 192).

Alters- und geschlechtsübergreifend wurde mit 31,7% bei knapp ein Drittel aller Kinder mit umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache im hier ausschließlich betrachteten Jahr der Diagnoseerfassung auch eine **logopädische Behandlung** abgerechnet (Jungen: 32,6%; Mädchen 30,4%). Die höchsten Behandlungsraten von über 50% lassen sich für Kinder mit einer Diagnosedokumentation im siebten Lebensjahr ermitteln. Im Alter von 3 Jahren erhielt demgegenüber erst ein vergleichsweise kleiner Teil der Kinder mit entsprechenden Diagnosen eine logopädische Behandlung. Da bei umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache allgemein von einem frühzeitigen Beginn der Störung in der Kindheit ausgegangen wird, wäre zu diskutieren, ob und wie die ambulante Versorgung durch eine noch frühzeitigere Diagnostik und insbesondere eine frühzeitigere Therapie der Störungen optimiert werden könnte.

⁹ ICD10 F80, F82.2, F98.5, F98.6 und R47

2 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

Etwa 85% der Bevölkerung in der Bundesrepublik sind in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert¹⁰. Zur Abwicklung von Finanztransfers, u.a. zwischen Krankenkassen und Versicherten bzw. Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (RSA), ist die Erfassung einer Vielzahl von Daten notwendig. Seit 2009 haben auch Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie Angaben zu spezifischen Arzneiverordnungen (aus dem Jahr 2008) über den direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) einen Einfluss auf den Finanzausgleich zwischen den einzelnen Kassen in der GKV. Routinedaten der Krankenkassen beinhalten vor diesem Hintergrund und mit ihrer längsschnittlich angelegten Erfassung Informationen, die wichtige Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Leistungsgeschehen liefern können. Die Erschließung entsprechender Erkenntnisse mit einem Fokus auf die ambulante Versorgung ist Ziel des BARMER GEK Arztreportes.

Der BARMER GEK Arztreport ist eine Fortführung des 2006 erstmals erschienenen *GEK-Reportes ambulante-ärztliche Versorgung*. Beginnend mit dem Erhebungsjahr 2004 und bis einschließlich zum Erhebungsjahr 2008 beruhten die in den Reporten zur ambulanten Versorgung publizierten Auswertungen dabei ausschließlich auf pseudonymisierten Daten zu Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die teilweise bereits seit dem Jahr 1989 systematisch EDV-technisch erfasst wurden und seit 1998 auch Grundlage regelmäßiger Publikationen in Form des GEK-Gesundheitsreportes bildeten. Bei der GEK waren 2008 etwa 2% der deutschen Bevölkerung versichert.

Für wesentliche Teile der Auswertungen zum Jahr 2009 konnte im zuvor publizierten BARMER GEK Arztreport 2011 schon auf pseudonymisierte Daten

¹⁰ Nach Angaben der Mitgliederstatistik KM6, veröffentlicht vom Bundesministerium für Gesundheit, waren am 1. Juli 2010 69.767.395 Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Vom Statistischen Bundesamt wird im Jahresdurchschnitt für 2010 eine Bevölkerungszahl von 81.757.471 angegeben.

zum Versichertenbestand sowohl der GEK als auch der BARMER zurückgegriffen werden, obwohl beide Kassen in diesem Zeitraum noch nicht vereinigt waren. Die gemeinsamen Daten zum Jahr 2009 umfassten Angaben zu mehr als 8,5 Mio. Personen und damit zu mehr als 10 Prozent der deutschen Bevölkerung.

Aktuelle Auswertungsergebnisse zum Jahr 2010 im vorliegenden BARMER GEK Arztreport beruhen jetzt vollständig auf gemeinsamen pseudonymisierten Daten zu Versicherten der BARMER GEK. Am Stichtag zum Ende des Jahres, dem 31. Dezember 2010, waren nach Auswertungen der für wissenschaftliche Zwecke bereitgestellten Daten insgesamt 8,67 Mio. Personen bei der BARMER GEK versicherte, darunter 8,64 Mio. im Inland. Zu diesem Zeitpunkt stellten Versicherte der BARMER GEK einen Anteil von 10,6% an der bundesdeutschen Bevölkerung, die vom Statistischen Bundesamt mit 81,75 Mio. angegeben wird. Die Anteile von Versicherten der BARMER GEK an der Bevölkerung variierten am genannten Stichtag in den Bundesländern zwischen knapp sechs (Bremen) und sechzehn Prozent (Brandenburg) und liefern insgesamt eine extrem breite und empirisch belastbare Ausgangsbasis für populationsbezogene Aussagen zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen (vgl. Abbildung 1).

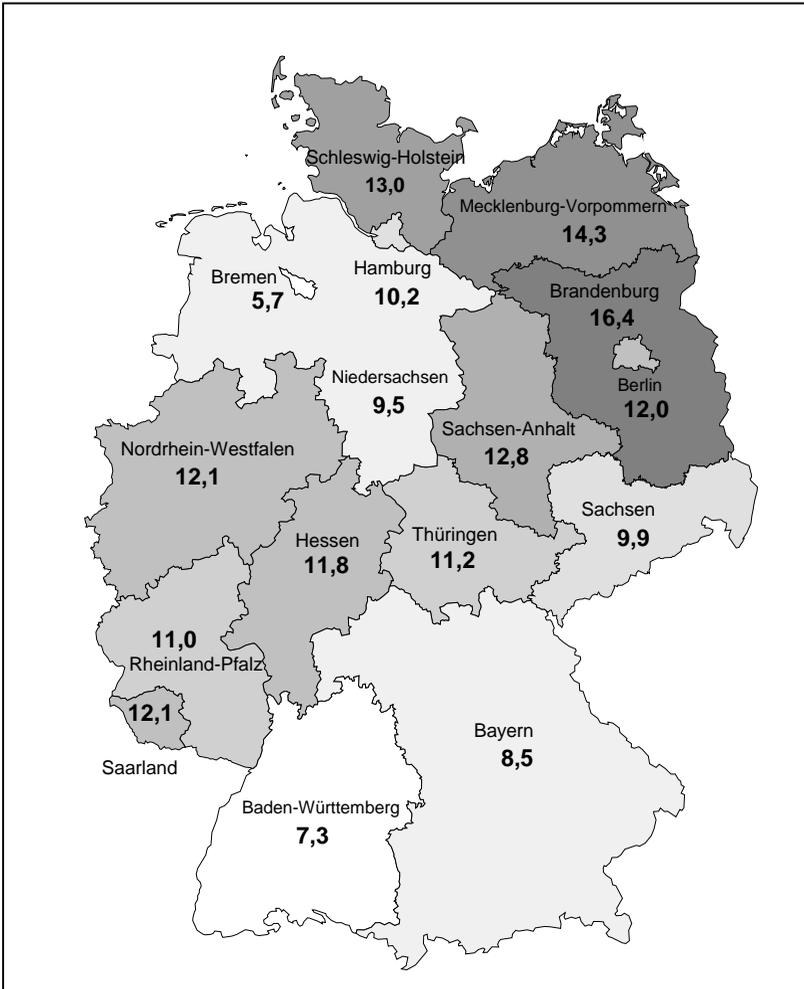


Abbildung 1 Anteil BARMER GEK Versicherte an der Bevölkerung (%)
nach Bundesländern am 31. Dezember 2010

3 Ambulante ärztliche Versorgung

3.1 Hintergrund

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zum Jahr 2004 wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im § 295 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V), 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. Aus wissenschaftlicher Perspektive entsteht 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 für einen 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 in seinen regelmäßig publizierten Kapiteln auf der Basis von Auswertungen von pseudonymisierten Daten einen systematischen allgemeinen und jeweils aktualisierten Überblick zum ambulanten kassenärztlichen Versorgungsgeschehen zu liefern.

Art und Struktur der Daten

Seit 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 Arzt (bzw. in einer abrechnenden Arztpraxis) innerhalb eines Quartals bilden in der Regel jeweils genau einen **Behandlungsfall**, welcher in früheren Jahren entsprechend auf genau einem Kranken- bzw. Abrechnungsschein 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 optional zu jeder Diagnose eine Seitenlokalisation (links "L", rechts "R" oder beidseits "B") sowie obligat eine Klassifikation einzelner Diagnosen als gesicherte Diagnose "G", Verdachtsdiagnose "V", symptomloser Zustand "Z" oder Aus-

schlussdiagnose "A" 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.

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 waren Rückschlüsse von den fallbezogen dokumentierten Punktwerten und Abrechnungsbeträgen auf die im Einzelfall an den Arzt gezahlte Vergütung. Diese konnten 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 konnten. Vor diesem Hintergrund erschien es nahezu unmöglich, die im Zusammenhang mit einer Behandlung von Patienten im Einzelfall effektiv ausgelösten Geld- bzw. Vergütungszahlungen exakt zu ermitteln.

Sollten Aufwendungen patientenbezogen ermittelt werden, konnte 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 konnten (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 bot sich, zumindest sofern es vorrangig um die Bewertung der patientenseitigen Nutzung von Ressourcen ging, 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.

Mit dem Abrechnungsjahr 2009 haben sich die Bedingungen zur Ermittlung von versichertenbezogen angefallenen Ausgaben merklich gebessert, da in diesem Jahr, zumindest vorrangig, auch in der realen ärztlichen Vergütung ein einheitlicher Punktwert von 3,5001 Cent für ärztlich erbrachte Leistungen im Sinne von EBM-Ziffern mit festgelegten Punktwerten galt. Für das Jahr 2010 wurde von dem dafür zuständigen *Erweiterten Bewertungsausschuss* nach § 87 Absatz 4 SGB V ein Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent festgelegt.

Für die Abschnitte 31.2 "Ambulante Operationen" aus Kapitel 31 sowie 36.1 "Belegärztliche Operationen" aus Kapitel 36 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)¹¹ wird in der Präambel unter 31.2.1 im 9. Absatz bzw. 36.2.1 im Absatz 6. formuliert "Die Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der **OPS-Prozedur(en)** in der gültigen Fassung erfolgt.". Insofern beinhaltet die Abrechnung von bestimmten ambulant-ärztlich erbrachten Leistungen neben EBM-Ziffern obligat auch Angaben im Sinne des Operationen- und Prozedurenschlüssels¹², der eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Eingriffen erlaubt. Entsprechende Daten wurden im Rahmen des Arztreportes bislang nicht betrachtet.

¹¹ In unveränderter Form bis 2011 zumindest seit der für 2007 gültigen EBM-Fassung.

¹² Vgl. DIMDI: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/index.html>

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 beziehungsweise in unterschiedlichen Arztpraxen.
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 Daten ab 2008

Im Jahr 2008 waren die gelieferten Daten von zwei maßgeblichen Veränderungen betroffen. Zum einen wurden Abrechnungsmodalitäten im EBM zu Jahresbeginn 2008 erheblich verändert, zum anderen ergaben 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 kennzeichnet¹³. 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

¹³ 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 werden¹⁴, 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.

¹⁴ Vgl. *Deutsches Ärzteblatt* (2008), Jg. 105, Heft 31-32, A1654-5

Als Nebeneffekt der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften war grundsätzlich (und selbst bei rückläufigen Laborleistungen) mit einer Steigerung der Anzahl von abgerechneten Behandlungsfällen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung 2008 und 2009 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. Da 2008 ausschließlich das letzte Quartal betroffen war und entsprechende Abrechnungsfälle erst seit 2009 ganzjährig anfallen, resultierten aus der Veränderung der Abrechnung auch Steigerungen der Jahresfallzahlen von 2008 auf 2009.

Umfang der Daten

Die hier präsentierten aktuellen Auswertungsergebnisse basieren auf Datenlieferungen und -bereitstellungen bis Oktober 2011. Daten für das Jahr 2010 lagen zu diesem Zeitpunkt von allen KVen formal 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).

Bei Versicherten der BARMER GEK wurden allein im aktuell vorrangig betrachteten Jahr 2010 insgesamt 74,5 Mio. ambulante Behandlungsfälle mit 295,9 Mio. Diagnoseeinträgen und 498,0 Mio. Abrechnungsziffern dokumentiert.

Ergebnisse des vorliegenden Arztreportes zum Leistungsgeschehen bis 2009 beruhen noch auf separat ausgewerteten Daten zu Versicherten der BARMER und GEK, wobei Ergebnisse bis 2008 ausschließlich auf der Basis von GEK-Daten ermittelt wurden. Die Daten zur ambulanten Behandlung von Versicherten der GEK aus den 6 Jahren von 2004 bis 2009 umfassten dabei 63,6 Mio.

Behandlungsfälle mit 220 Mio. Diagnosenennungen und 532 Mio. separate Nennungen von Abrechnungsziffern, darunter 13,3 Mio. Behandlungsfälle, 47,7 Mio. Diagnosen und 84,3 Mio. Abrechnungsziffern aus dem Jahr 2009. Bei Versicherten der BARMER wurden im Jahr 2009 61,4 Mio. Behandlungsfälle mit 238,6 Mio. Diagnoseeinträgen und 395,8 Mio. Abrechnungsziffern dokumentiert.

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 zuordnungsfähiger Fälle auch 2005 noch bei knapp 3% lag, betrug er 2006 und 2007 in GEK-Daten 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.

Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit

Bereits die pseudonymisierten Daten der ehemaligen GEK zu ca. 1,4 bis 1,7 Mio. Versicherten im Durchschnitt der einzelnen Jahre 2004 bis 2009 lieferten für viele statistische Auswertungen eine ausgesprochen breite Basis. Dies gilt allgemein insbesondere für Auswertungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung, bei der viele Ereignisse ausgesprochen häufig dokumentiert werden und große Bevölkerungsanteile betreffen. Für einen überwiegenden Teil der Auswertungen zum Jahr 2009 konnten neben GEK-Daten auch pseudonymisierte Daten der BARMER berücksichtigt werden, womit ein Teil der Auswertungen schon 2009 auf Daten zu mehr als 10 Prozent der Bevölkerung beruhten. Aus-

wertungen zum Jahr 2010 beruhen durchgängig auf Gesamtdaten der BARMER GEK.

Auswertungs- und Bezugspopulationen für Berechnungen von Jahresergebnissen zur ambulanten ärztlichen Versorgung bilden im Rahmen des vorliegenden Reportes immer genau diejenigen Versicherten, zu denen in allen Quartalen des Jahres jeweils mindestens ein Versicherungstag mit Anspruch auf Versicherungsleistungen in entsprechenden Referenzdaten zu Versicherungszeiten dokumentiert war. Ergebnisse werden damit für Versicherte berichtet, die de facto weit überwiegend, nämlich durchschnittlich an mehr als 99 Prozent der Tage eines Jahres bei der BARMER GEK (bzw. 2008 und in Vorjahren bei der GEK) versichert waren, womit artifiziell erniedrigte Ergebnisse durch Ein- und Austritte von Versicherten im Jahresverlauf vermieden werden. Aus der Anwendung dieser Regel resultiert, dass sich Angaben zu Neugeborenen (Altergruppe 0 Jahre) auf Neugeborene des ersten Quartals eines Jahres beschränken, was auch in dieser Gruppe zu sinnvoll interpretierbaren "Jahresergebnissen" führt. Verstorbene werden mit diesem Vorgehen für Standardauswertungen ausschließlich bei Todesfällen (und Versicherungsende) im vierten Quartal berücksichtigt und nicht gänzlich ausgeschlossen, wie dies bei einer alternativ zu erwägenden Beschränkung von Auswertungen auf ganzjährig versicherte Personen der Fall wäre.

Bei den Auswertungen von GEK-Daten konnten in einzelnen vorausgehenden Jahren nach entsprechenden Regeln folgende Versichertenzahlen berücksichtigt werden: n=1.331.306 (2004), n=1.431.461 (2005), n=1.502.092 (2006), n=1.518.356 (2007), n=1.555.253 (2008) und n=1.668.072 (2009). Für Auswertungen zum Jahr 2009 konnten zudem Daten zu n=6.532.637 Versicherten der BARMER berücksichtigt werden, womit sich für das Jahr 2009 eine Auswertungsbasis von n=8.200.709 Personen ergab. Im aktuellen **Auswertungsjahr 2010** umfasste die entsprechend selektierte Population bei Standardauswertungen **n=8.283.911** Versicherten der BARMER GEK (die jeweils in allen Quartalen des Jahres mindestens einen Tag versichert waren).

Geschlechts- und Altersstandardisierung Um Unterschiede der jeweils betrachteten Untersuchungspopulationen 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 2010 wurde bei *Darstellungen zu zeitlichen Trends* in der Regel auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2005 zurückgegriffen (vgl. Tabelle 36 S. 202). Sinngemäß wurden alle Ergebnisse zunächst für einzelne Geschlechts- und Altersgruppen errechnet und dann entsprechend der anteiligen Bedeutung dieser Gruppen in der deutschen Bevölkerung 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 2010 zu erhalten, wurden für *Hochrechnungen für das Jahr 2010* in der Regel Angaben zur durchschnittlichen deutschen Bevölkerung im Jahr 2010 zugrunde gelegt. Die Ergebnisse mit Standardisierung nach Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2010 werden durch **D2010** gekennzeichnet. Bei Auswertungen zu Kindern im Rahmen des Schwerpunktkapitels wurde zur Standardisierung abweichend auf geschlechtsspezifische Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Besetzung von 1-Jahres-Altersgruppen in Deutschland am 31.12.2010 zurückgegriffen. Die Verwendung dieser Angaben zur Standardisierung wird an einigen Stellen durch das Kürzel **D2010-1J** gekennzeichnet.

Übertragbarkeit 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- und/oder BARMER-Population innerhalb der einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen grundsätzlich auf die deutsche Bevölkerung übertragbar sind. Diese Annahme dürfte im Hinblick auf viele der berichteten Ergebnisse zumindest annähernd korrekt sein, kann jedoch im Einzelfall auch kritisch hinterfragt werden (z.B. bei bestimmten Berufs-assoziierten Erkrankungen, sofern die entsprechenden Berufsgruppen nicht adäquat 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. Zumindes 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, das bei einem Teil der Rezipienten nicht vorausgesetzt und bei Bezug der Ergebnisse auf die bundesdeutsche Bevölkerung eher erwartet werden kann.

3.2 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren

Quartalsergebnisse: Ein überwiegender Teil der Bevölkerung ist bereits innerhalb eines Quartals von mindestens einem Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung betroffen (vgl. Tabelle 2).

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

Quartal (bis 2009 GEK, ab 2010 BARMER GEK; *vgl. Text)	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%
Behandlungsrate 2009 (%)	76%	73%	72%	76%
Behandlungsrate 2010 (%)	72%	72%	72%	73%
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*
Behandlungsfälle je Person 2009 (MW)	2,04*	1,97*	1,96*	2,04*
Behandlungsfälle je Person 2010 (MW)	1,99*	1,99*	1,96*	1,99*
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 Tage mit Leistungsabrechnung je Person 2008 (MW)	3,4*	3,4*	3,2*	3,5*
Anzahl Tage mit Leistungsabrechnung je Person 2009 (MW)	3,7*	3,5*	3,5*	3,7*
Anzahl Tage mit Leistungsabrechnung je Person 2010 (MW)	3,5*	3,5*	3,5*	3,5*

Nach den Ergebnissen auf der Basis von GEK-Daten kontaktierten in den einzelnen Quartalen der Jahre 2004 bis 2009 zwischen 69% und 76% der Bevölkerung die ambulante Versorgung. Durchschnittlich wurden bis 2007 je Per-

son und Quartal etwa 1,6 bis 1,8 Behandlungsfälle mit insgesamt gut 4 Behandlungstagen bzw. Arztkontakten erfasst. Während die Behandlungsraten und Behandlungsfallzahlen 2008 tendenziell noch höher als in den Vorjahren lagen, ergaben sich bei der Ermittlung der Arztkontakte ab Beginn des Jahres 2008 rechnerisch geringere Werte, die daraus resultierten, dass, bedingt durch die Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen, bei Mehrfachkontakten innerhalb des Quartals häufig keine neuen Leistungsziffern abgerechnet werden konnten.

Ab dem 4. Quartal 2008 lagen die Behandlungsfallzahlen auf einem höheren Niveau als in den zuvor betrachteten Zeiträumen. Dies ist vorrangig Folge der Einführung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften seit dem 4. Quartal 2008. Seither generieren Laborleistungen, die von niedergelassenen Ärzten beauftragt werden, eigenständige "Behandlungsfälle", da sie jetzt grundsätzlich separat von den Laborgemeinschaften mit der KV abgerechnet werden müssen.

Im aktuell vorrangig betrachteten Jahr 2010 zeigen sich für des erste und vierte Quartal Maßzahlen, die nach der hier gewählten einheitlichen Geschlechts- und Altersstandardisierung, also sinngemäß unter Annahme einer unveränderten Bevölkerungsstruktur, unterhalb von entsprechenden Ergebnissen aus dem Jahr 2009 liegen. Nach diesen Ergebnissen ist also von einem leichten Rückgang der altersspezifischen Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im Vergleich zum Vorjahr auszugehen. Dabei erscheinen Rückgänge im ersten und vierten Quartal 2010 im Vergleich zu 2009 inhaltlich plausibel. Während im Jahr 2009 sowohl zu Jahresbeginn als auch zum Jahresende ausgeprägtere Grippeepisoden zu beobachten waren (zum Jahresende 2009 in Form der "Schweinegrippe" bzw. "Neuen Influenza"), blieben vergleichbare Infektionswellen 2010 aus.

Jahresergebnisse: 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 2010 jeweils mindestens einmal jährlich einen Arzt auf. Innerhalb eines Kalenderjahres resultierten daraus 2004 je Person 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 2010 (stand.D2005)

Kalenderjahr (bis 2009 GEK, ab 2010 BARMER GEK; *vgl. Text)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Behandlungsrate im Kalenderjahr							
Gesamt	91%	92%	91%	93%	93%	93%	91%
... Männer	87%	88%	88%	89%	90%	90%	87%
... Frauen	95%	95%	95%	96%	96%	96%	95%
Behandlungsfälle je Jahr							
Gesamt (MW)	6,50	6,63	6,83	7,08	7,45	8,04*	7,93*
... Männer	5,30	5,40	5,47	5,69	5,96	6,51*	6,41*
... Frauen	7,65	7,82	8,13	8,42	8,87	9,51*	9,39*
Arztkontakte je Jahr							
Gesamt (MW)	16,4	16,9	17,1	17,7	13,5*	14,4*	14,1*
... Männer	13,6	14,0	14,1	14,7	11,1*	11,9*	11,7*
... Frauen	19,0	19,6	20,0	20,7	15,8*	16,8*	16,4*

Auch für die Jahresergebnisse ab 2008 gilt, dass trotz gestiegener Behandlungsfallzahlen im Zuge der Umstellung der Abrechnung rechnerisch eine geringere Zahl an dokumentierten Arztkontakten resultiert, die im Arztreport immer aus der Anzahl von Kalendertagen mit Abrechnung von Einzelleistungen hergeleitet wurde. Da mit der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen auch mehrere Arztkontakte im Quartal oftmals nur noch zu einer einmaligen

gen Dokumentation der Ziffer für die entsprechende Pauschale führen, kann aus der Anzahl der unterschiedlichen Datumsangaben zu dokumentierten Abrechnungsziffern nicht mehr auf die Anzahl der Tage mit Arztkontakten geschlossen werden. Die vorausgehend dennoch (kursiv) dargestellten Werte ab dem Jahr 2008 dürften entsprechend die realen Arztkontaktzahlen erheblich unterschätzen. Insbesondere ab dem Jahr 2009 werden allerdings die hier ausgewiesenen Zahlen durch die Direktabrechnung von Laborgemeinschaften auch artifiziell in die gegenteilige Richtung beeinflusst.

Aus alters- und geschlechtsstandardisierten Zahlenwerten lassen sich allgemein auch Schätzwerte zur Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland insgesamt berechnen.

Tabelle 4 Ambulante ärztliche Versorgung 2010 (BARMER GEK, stand.D2010)

	je Person	Hochrechnung auf die Bevölkerung D2010 (Mio.)
Behandlungsrate im Kalenderjahr Gesamt	91,4%	74,7
... Männer	87,6%	35,1
... Frauen	95,0%	39,6
Behandlungsfälle je Jahr Gesamt (MW)	8,08	661
... Männer	6,61	265
... Frauen	9,49	396
Anzahl Tage mit Abrechnung von Leistungen je Jahr Gesamt (MW)	14,4	1.181
... Männer	12,1	486
... Frauen	16,7	694

Die Tabelle 4 zeigt Ergebnisse von Hochrechnungen auf der Basis von Daten zu 8,3 Mio. Versicherten der BARMER und GEK 2010. Demnach dürften von den 81,8 Millionen Einwohnern in Deutschland 2010 insgesamt 74,7 Millionen Personen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung gehabt haben. Dabei

wurden 661 Millionen Behandlungsfälle erfasst und in unterschiedlichen Praxen für unterschiedliche Patienten eine oder mehr Leistungen an 1.181 Millionen Tagen abgerechnet. Die Hochrechnungen zu Inanspruchnahmen im Jahr 2010 fallen damit – an dieser Stelle unter Berücksichtigung von demografischen Veränderungen – im Vergleich zum Vorjahr geringfügig höher aus (vgl. Tabelle 4 des BARMER GEK Arztreportes 2011 auf Seite 44 mit Ergebnissen zu 2009).

Variationen im Jahresverlauf

Im folgenden Abschnitt werden Variationen der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung im Jahresverlauf an einzelnen Kalendertagen betrachtet. Entsprechende Auswertungen führen mit Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen seit dem Jahr 2008 allerdings nur noch zu eingeschränkt interpretierbaren Ergebnissen, da in den verfügbaren Daten im Zuge der pauschalierten Abrechnungen nicht mehr alle Tage mit einer Leistungserbringung dokumentiert werden.

Die nachfolgende Abbildung zeigt im oberen Teil zunächst Ergebnisse zum Jahr 2007, dem letzten Jahr vor Einführung der pauschalierten Vergütung. Dargestellt werden die Kontaktraten an einzelnen Tagen des Jahres 2007 (als dünne graue Linien), die den typischen Wochenzyklus mit Raten zwischen ca. 0,2% und zum Teil mehr als 8% verdeutlichen. 2007 existierten demnach einzelne Kalendertage, an denen bei mehr als 8% der Bevölkerung ambulante ärztliche Leistungen abgerechnet wurden und an denen ein entsprechender Anteil auch Kontakt zur ambulanten Versorgung gehabt haben sollte. Eine übersichtlichere Beurteilung der Kontaktraten erlaubt die Darstellung der 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 2010 präsentiert. Ergänzend sind in diesem Teil der Abbildung auch Ergebnisse zu Anteilen der Bevölkerung im Wochenmittel dargestellt, die an Kalendertagen 2010 mindestens eine Arzneverordnung erhielten.

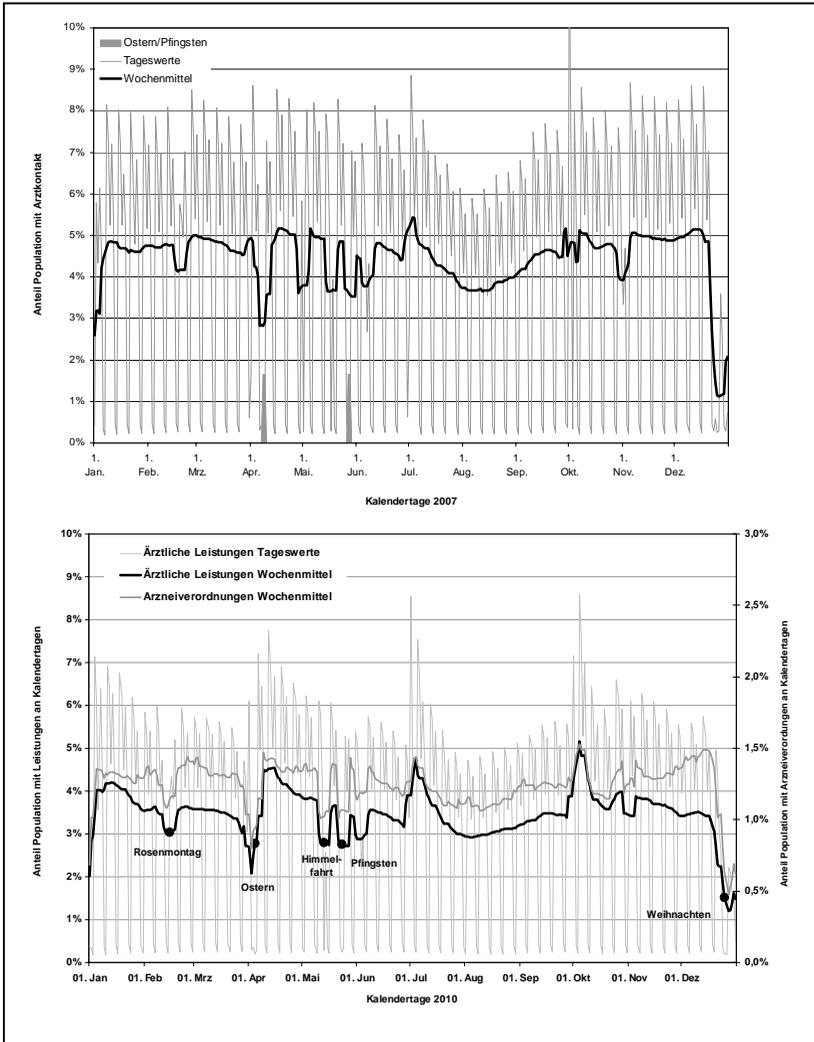


Abbildung 2 Anteil Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007(GEK) und 2010 (BARMER GEK)

Deutlich wird auf den ersten Blick zum einen das insgesamt im Vergleich zum Jahr 2007 deutlich niedrigere Niveau der ermittelten Werte 2010. Zum anderen fallen 2010 die im Vergleich zu 2007 recht deutlichen quartalszyklischen Schwankungen mit regelmäßig beobachtbaren Höchstwerten in den ersten Tagen eines jeden Quartals auf, die seit Einführung der pauschalieren Vergütung 2008 beobachtet werden können. Die Veränderungen im Vergleich zum Jahr 2007 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.

Ob sich in Deutschland im Zuge der Veränderungen des EBM ab 2008 die reale Zahl an Arztkontakten verändert hat, lässt sich auf Basis der aktuell verfügbaren Daten nur ausgesprochen schwer beurteilen. Dass die dargestellten quartalszyklischen Schwankungen 2010 nicht das reale Kontaktgeschehen widerspiegeln, verdeutlicht die Gegenüberstellung von Ergebnissen zu Arzneiverordnungsraten im selben Jahr. Arzneiverordnungsraten konzentrieren sich in sehr viel geringerem Ausmaß auf Zeiträume nahe zu Quartalsbeginn (vgl. dickere graue Linie im unteren Teil der Abbildung 2; für Arzneiverordnungsraten gilt die rechts angegebene Achsenskalierung).

3.3 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 Gesamtjahr 2010 in Abhängigkeit von diesen beiden grundlegenden soziodemographischen Merkmalen.

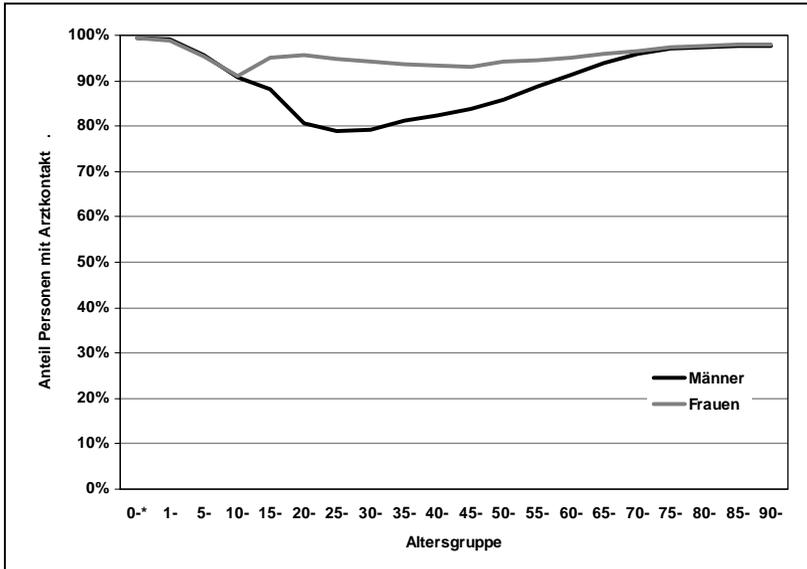


Abbildung 3 Anteil Personen mit Arztkontakt 2010 nach Geschlecht und Alter

Die Behandlungsraten innerhalb eines Jahres (sinngemäß: Welcher Anteil der Versicherten hatte innerhalb des Jahres mindestens einmalig Kontakt zur ambulanten Versorgung?) liegen in allen Altersgruppen auf einem hohen Niveau. Sie unterschritten 2010 bei Frauen in keiner Altersgruppe einen Wert von 91%. Bei Männern finden sich minimale Raten von 79% im Alter zwischen 25 und 34 Jahren. Selbst in diesen "wenig betroffenen" Gruppen hatte nach

vorliegenden Daten nur etwa ein Fünftel innerhalb des Jahres keinen Kontakt zur ambulanten Versorgung gehabt. Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsraten finden sich zwischen Männern und Frauen insbesondere im gebärfähigen Alter. Vor Vollendung des 15. Lebensjahres und nach dem 70. Lebensjahr weisen Männer und Frauen weitgehend übereinstimmende Werte auf (vgl. auch Tabelle A 1 S. 207 im Anhang).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Zahl der durchschnittlich innerhalb des Jahres 2010 abgerechneten Behandlungsfälle je Person (vgl. Tabelle A 2 S. 208 im Anhang).

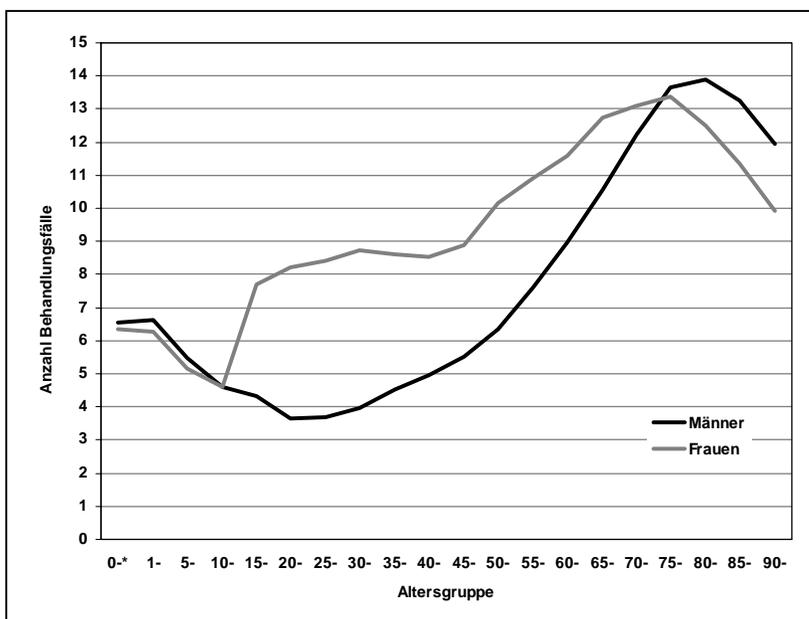


Abbildung 4 Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2010

Die geringste Zahl an Behandlungsfällen wurde 2010 wie im Vorjahr bei Männern im Alter zwischen 20 und 29 Jahre mit durchschnittlich 3,7 Fällen im Jahr erfasst. Die Fallzahlen liegen bei Frauen mit 8,2 bis 8,4 in diesem Alter

mehr als doppelt so hoch. Auffällig erscheint weiterhin, und wie bereits in vorausgehenden Jahren festgestellt, dass die Fallzahlen bei Männern nach Vollendung des 80. Lebensjahres mit zunächst knapp 14 Fällen je Jahr merklich über denen bei Frauen liegen. Es dürften demnach von älteren Männern tendenziell Leistungen von mehr unterschiedlichen Ärzten in Anspruch genommen werden als von Frauen.

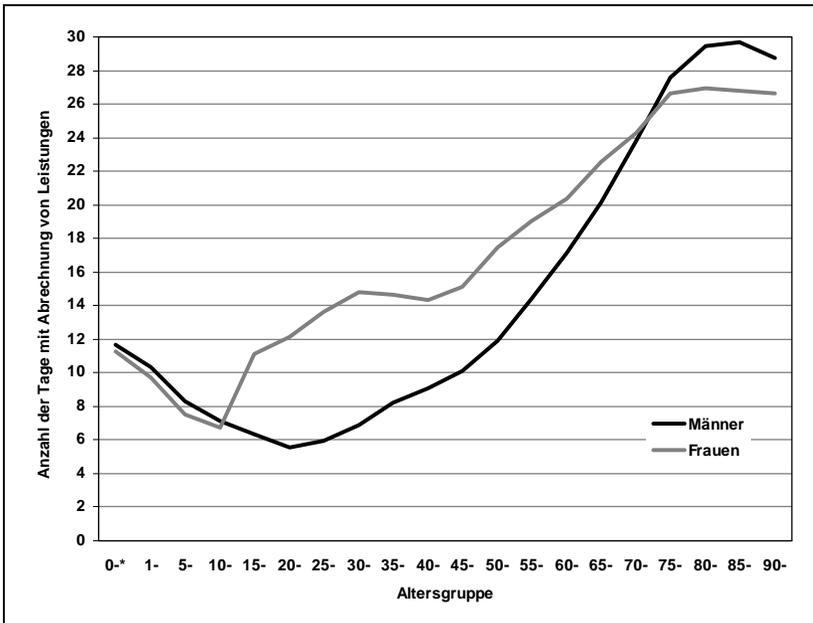


Abbildung 5 Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2010

Wie bereits mehrfach erwähnt, lässt sich nach der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen 2008 aus aktuell verfügbaren Daten die Zahl der Arztkontakte nur noch schwer abschätzen. Unabhängig von einer inhaltlichen Interpretation lässt sich in den Daten jedoch weiterhin formal die Anzahl der Tage ermitteln, an denen in bestimmten Arztpraxen beziehungsweise Betriebs-

stätten mindestens eine Leistung für einen bestimmten Versicherten erbracht beziehungsweise abgerechnet wurde. Abbildung 5 zeigt entsprechende Ergebnisse für das Jahr 2010.

Im Vergleich zu den Ergebnissen zu Behandlungsfallzahlen zeigt sich im Hinblick auf die Tage mit Abrechnung von Leistungen eine noch deutlichere Altersabhängigkeit. Die geringsten Werte finden sich bei 20- bis 24-jährigen männlichen Versicherten. Bei Versicherten aus dieser Gruppe wurden im Jahr 2010 durchschnittlich an 5,5 unterschiedlichen Tagen und/oder in unterschiedlichen Praxen mindestens eine Leistung abgerechnet. Bei 85- bis 89-jährigen Männern, der Gruppe mit dem höchsten Wert, waren es 2010 demgegenüber 29,7 Tage mit mindestens einer Leistungsabrechnung und damit mehr als fünf mal so viele Tage wie bei jungen Männern (vgl. Tabelle A 3 S. 209 im Anhang).

Ein ähnliches Bild ergeben Auswertungen zu approximativ ermittelten ambulanten Behandlungskosten. Für die Berechnungen wurde bei der Berücksichtigung von abgerechneten Punktwerten vereinfachend der 2010 bundeseinheitlich und fachübergreifend gültige Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent angenommen.

Die geringsten durchschnittlichen jährlichen ambulanten Behandlungskosten ließen sich 2010 für 20- bis 24-jährige Männer mit 177 Euro berechnen, die höchsten approximativ ermittelten Kosten resultieren bei 80- bis 84-jährigen Männern mit 989 Euro (vgl. Tabelle A 4 S. 210 im Anhang).



Abbildung 6 Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2010

3.4 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 seit 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 können¹⁵. Da in allen KVen mit Ausnahme der KV Thüringen als Betriebsstättennummern – zumindest im Regelfall – zunächst die ersten 7 Ziffern der alten Arztnummern übernommen wurden, ließen sich mit gewissen Einschränkungen Auswertungen zur fachärztlichen Behandlungshäufigkeit nach der bisherigen Fachgruppenaufteilung für 16 der 17 KVen auch noch nach der ersten Jahreshälfte 2008 durchführen (vgl. BARMER GEK Arztreport 2011, Seite 53 ff.).

Lebenslange Arztnummer und 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 einzelnen EBM-Abrechnungsziffern. Jeder EBM-Ziffer wird also ein Arzt zugeordnet, der die entsprechende Leistung erbracht hat. Werden im Rahmen eines einzelnen Abrechnungsfalls (in einer Arztpraxis bzw. Betriebsstätte) Leistungen von unterschiedlichen Ärzten bei einem Patienten erbracht, wird dies entsprechend seit dem 3. Quartal 2008 auch in den

¹⁵ und denen seit dem 3. Quartal 2008 entsprechend unterschiedliche lebenslange Arztnummern zugewiesen wurden.

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 Behandlungsfalls erbracht haben¹⁶.

Das Jahr 2009 war das erste vollständige Kalenderjahr, in dem zu weitgehend allen abgerechneten Leistungen in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung auch eine lebenslange Arztnummer (LANR) erfasst werden musste. Der eigentlich "lebenslange" Teil der neuen, insgesamt neunstelligen Arztnummer umfasst dabei im engeren Sinne lediglich die ersten sechs Ziffern. Die siebte Ziffer ist eine Prüfziffer, die aus den ersten sechs Stellen errechnet werden kann. Die letzten beiden Stellen der Arztnummer beinhalten Angaben zur fachärztlichen Qualifikation des Arztes. Sie können sich im Laufe der ärztlichen Tätigkeit ändern. Verfügt ein Arzt gleichzeitig über mehrere Gebiets- oder Schwerpunktkompetenzen, kann er entsprechend auch unterschiedliche Fachgebietscodierungen als abschließende zwei Ziffern der LANR verwenden.

Die neu eingeführte 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 Pseudoarztnummer 9999999 standardmäßig angehängt werden soll. Von den Fachgebietscodierungen stehen die Ziffern zwischen 70 und 98 den KVen zur freien Verfügung, mit der Ziffer 99 sind bundeseinheitlich "sonstige Fachgruppen" zu bezeichnen¹⁷. Die einheitlich vorgegebenen Fachgebietscodierungen umfassen im engeren Sinne also nur die Schlüssel "01" bis "69". Als wesentliche Neuerung unterscheidet die Fachgebietscodierung im Rahmen der LANR im Gegensatz zur Fachgebietscodierung aus der "alten Arztnummer" zwischen haus- und fachärztlich praktizierenden Ärzten.

¹⁶ 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).

¹⁷ 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

Grundsätzlich bieten mit der LANR recht unterschiedliche Möglichkeiten, einzelne Behandlungsfälle und/oder auch einzelne abgerechnete Leistungsziffern bestimmten ärztlichen Fachgruppen zuzuordnen.

- Die primäre Erfassung der LANR zu jeder einzelnen abgerechneten Leistungsziffer impliziert zunächst primär auch eine **Zuordnung der jeweiligen Leistungen** zu den einzelnen Ärzten und damit zu ihren **individuell ausgewiesenen Fachgebieten**. Dieses Vorgehen böte die Möglichkeit, dass einzelne Leistungen in Betriebsstätten mit Beteiligung mehrerer Fachdisziplinen (z.B. in Gemeinschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren) fachspezifisch inhaltlich korrekt zugeordnet werden könnten. Probleme bereitet dieses Vorgehen insbesondere dann, wenn Ärzte unterschiedlicher Fachdisziplinen an einem einzelnen Abrechnungs- bzw. Behandlungsfall beteiligt sind, da entsprechende Fälle (als Zählgröße) und ausschließlich fallbezogen erfasste Informationen, wie z.B. fallbezogen dokumentierte Gesamtpunktwerte, Zuzahlungen oder auch Diagnosen, nicht mehr eindeutig einer einzelnen Facharztgruppe zugeordnet werden können und korrekterweise auf die beteiligten Fachdisziplinen aufgeteilt werden müssten.
- Als Alternative zu einer methodisch teilweise problematischen Aufteilung von einzelnen Fällen auf mehrere beteiligte Fachgruppen lässt sich eine **fallbezogen eindeutige Facharztgruppenzuordnung** durch die Verwendung geeigneter Zuordnungsalgorithmen mehr oder minder gut begründet aus den Daten herleiten. Als auswertungstechnisch relativ einfache Variante bietet sich hier beispielsweise die eindeutige Zuordnung eines Falls zu genau der Fachgruppe des Arztes an, von dem im Rahmen des einzelnen Behandlungsfalls die meisten Abrechnungsziffern dokumentiert wurden. In Gemeinschaftspraxen dürften hierbei ggf. durchaus auch unterschiedliche vertretene Fachdisziplinen

berücksichtigt werden, da typischerweise ein Patient vorrangig auch von einem Arzt behandelt wird.

- Will man weiter vereinfachend eine **einzelne Betriebsstätte eineindeutig einer bestimmten Fachrichtung zuordnen**, lässt sich das zuvor beschriebene Verfahren auch fallübergreifend über definierte Beobachtungszeiträume auf Betriebsstättenebene durchführen (Ermittlung der Facharztgruppe, der bei den Abrechnungsfällen der Betriebsstätte, beispielsweise innerhalb eines Kalenderjahres, die meisten dokumentierten Abrechnungsziffern zuzuordnen sind). Insbesondere bei Auswertungen zu Arztwechselln (Ärztelopping) erscheint eine Betriebsstätten-bezogene Zuordnung sinnvoll, da eine Behandlung durch mehrere Ärzte innerhalb einer Betriebsstätte inhaltlich kaum als "Arztwechsel" gewertet werden könnte. Bei kleineren Untersuchungspopulationen (z.B. bei separaten Auswertungen von Daten mehrerer kleinerer Krankenkassen) können die Zuordnungen einzelner Betriebsstätten nach diesem Vorgehen allerdings von Population zu Population variieren.
- Eine **kassenübergreifend eineindeutige Fachzuordnung von Betriebsstätten** für einen bestimmten Zeitraum ließe sich (nach Vereinbarung eines einheitlichen Algorithmus) aus einem Rückgriff auf die so genannten "Arztstammdaten" herleiten, die allen Kassen des GKV-Systems von der KBV bereitgestellt werden und die Informationen zu allen abrechnungsberechtigten Betriebsstätten und den dort tätigen Ärzten enthalten.

Alle genannten Varianten der Fachgruppenzuordnung besitzen theoretisch jeweils bestimmte Vor- und Nachteile. In der Praxis unterscheiden sich die Ergebnisse zumindest bei allgemeinen Übersichtsauswertungen zumeist nur gering, wie eine Gegenüberstellung von Ergebnissen zur Verteilung von dokumentierten Abrechnungsziffern gemäß der drei erstgenannten Varianten auf alle praktisch verwendeten Fachgebietskodierungen zeigt (vgl. Tabelle A 5 Seite 211 im Anhang mit geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnissen auf

der Basis von BARMER GEK-Daten 2010). Gemessen an der Zahl der abgerechneten Leistungsziffern sind die versorgungsrelevantesten fachärztlichen Einzelgruppen hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten, Labormediziner sowie Gynäkologen. Alle verfügbaren Fachgebietscodierungen unter Ausnahme der KV-spezifischen Codes werden auch verwendet, ein Teil der Fachgruppenschlüssel vereint jedoch nur marginale Zahlen an Abrechnungsziffern auf sich.

Für die nachfolgenden Darstellungen zur fachgruppenspezifischen Inanspruchnahme wurde die Variante 2 mit eindeutiger Facharztgruppenzuordnung auf der Ebene von Fällen gewählt, bei der ein Fall der Fachgruppe des Arztes mit der fallbezogen höchsten Anzahl an dokumentierten Abrechnungsziffern zugeordnet wird. Da Darstellungen zu allen differenzierbaren Fachgruppen sehr unübersichtlich wären, wurden diese zuvor gruppiert. Die exakte Zuordnung einzelner Fachgruppenschlüssel zu den nachfolgend verwendeten übergeordneten Fachgebieten ist der bereits zitierten Tabelle im Anhang auf Seite 211 zu entnehmen.

Betroffene und Behandlungsfälle 2010 nach Fachgebieten

Die nachfolgende Tabelle auf Seite 59 zeigt altersstandardisierte Betroffenenraten und Behandlungsfallzahlen je 1.000 Versicherte nach zusammengefassten Fachgebietscodierungen sowie den Anteil der fachspezifischen Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen im Jahr 2010. Die Betroffen- bzw. Kontaktraten werden auch in der folgenden Abbildung dargestellt.

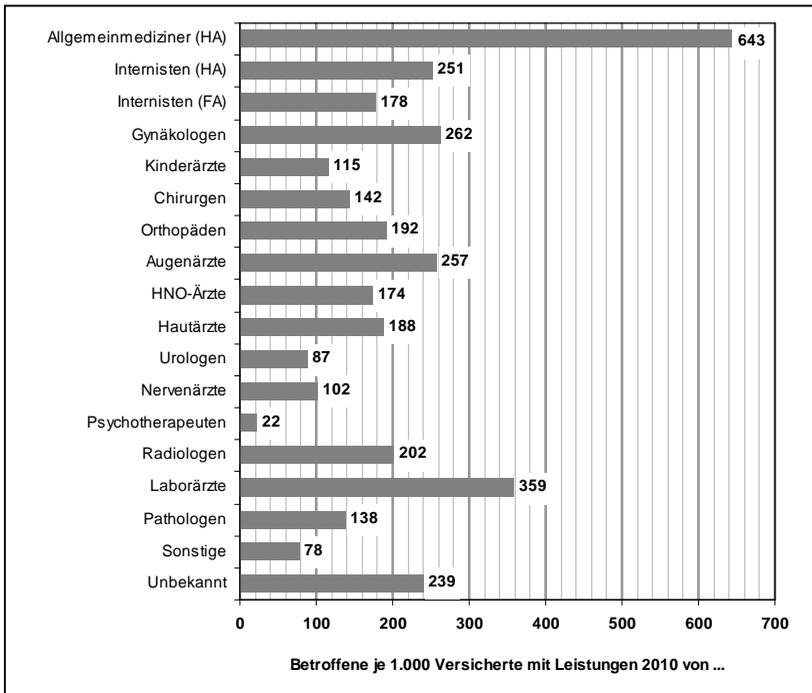


Abbildung 7 Personen mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherte 2010 (BARMER GEK, D2010)

Am häufigsten werden hausärztlich tätige Allgemeinmediziner kontaktiert. Von 1.000 Versicherten konsultierten geschlechts- und altersgruppenübergreifend 643 Versicherte (64,3%) im Jahr 2010 mindestens einmalig einen ent-

sprechenden Arzt oder eine entsprechende Ärztin. 25,1% suchten zudem mindestens einmalig einen hausärztlich niedergelassenen Internisten auf, fachärztlich tätige Internisten werden demgegenüber nur von 17,8% der Versicherten innerhalb eines Jahres konsultiert (was auf Basis der Zuordnung aus der alten Arztnummer bis zum Jahr 2008 nicht differenziert werden konnte).

Table 5 *Betroffene, Behandlungsfälle und Leistungstage je 1.000 Versicherte 2010 nach Fachgebieten (BARMER GEK, D2010)*

Fachgebietsbezeichnung	Betroffene je 1.000 Vers.	Fälle je 1.000 Versicherte	Anteil an allen Fällen	Tage* je 1.000 Versicherte	Anteil an allen Tagen
Hausarzt Allgemeinmedizin	643	2.056	25,4%	4.398	30,5%
Hausarzt Internist	251	716	8,9%	1.581	10,9%
Facharzt Internist	178	391	4,8%	786	5,4%
Gynäkologie	262	698	8,6%	981	6,8%
Kinder- und Jugendmedizin	115	369	4,6%	637	4,4%
Chirurgie	142	222	2,7%	402	2,8%
Orthopädie	192	348	4,3%	719	5,0%
Augenarzt	257	444	5,5%	535	3,7%
HNO	174	279	3,5%	414	2,9%
Hautarzt	188	326	4,0%	490	3,4%
Urologie	87	178	2,2%	309	2,1%
Neurologie – Nervenheilk.	102	248	3,1%	527	3,7%
Psycholog. Psychotherapeut	22	56	0,7%	296	2,1%
Radiologe - Nuklearmedizin	202	312	3,9%	440	3,0%
Labormedizin	359	702	8,7%	945	6,5%
Pathologie	138	167	2,1%	173	1,2%
Sonstige	78	124	1,5%	192	1,3%
unbekannt	239	445	5,5%	613	4,2%
Insgesamt	914	8.082	100,0%	14.439	100,0%

* Kalendertage mit Abrechnung mindestens einer Leistung bei einem Versicherten.

Insgesamt entfielen auch 2010 mit 34,3% mehr als ein Drittel aller abgerechneten Behandlungsfälle auf hausärztlich tätige Allgemeinmediziner oder Internisten. Zur hausärztlichen Versorgung im weiteren Sinne lassen sich zudem etwa 90% der Behandlungsfälle aus der Kinder- und Jugendmedizin zählen, die 2010 insgesamt 4,6% aller Behandlungsfälle ausmachten. Verhältnismäßig hohe Fallzahlen finden sich ansonsten insbesondere bei Gynäkologen und Laborärzten mit Fallanteilen von 8,6% und 8,7%. Bei immerhin 5,5% der Behandlungsfälle ist keine Fachgebietszuordnung der vorrangig behandelnden Ärzte möglich. Diese Konstellation tritt typisch beispielsweise bei Behandlungen in universitären Polikliniken auf, da den dort tätigen Ärzten oftmals keine LANR zugeordnet wird.

Nur 2,2% der Versicherten (bzw. 22 je 1.000) hatten Kontakt zu psychologischen Psychotherapeuten, die in der hier gewählten Fachgruppenaufteilung trotz ihrer verhältnismäßig geringen Kontaktraten als einzige nicht-ärztliche Berufsgruppe separat ausgewiesen werden. Auf Behandlungen bei psychologischen Psychotherapeuten entfielen 0,7% der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechneten Behandlungsfälle. Da psychologische Psychotherapeuten ihre Patienten typischerweise mehrmals im Quartal sehen und Therapiesitzungen jeweils separat je Termin abgerechnet werden, ergibt sich für diese Therapeutengruppe 2010 eine vergleichsweise sehr hohe Zahl von durchschnittlich 5,3 Kalendertagen mit Abrechnung von Leistungen je Behandlungsfall¹⁸. Dies hat zur Folge, dass den psychotherapeutischen Leistungen im Hinblick auf die Leistungstage mit 2,1% anteilig eine erheblich größere Bedeutung als im Hinblick auf die Abrechnungsfälle zukommt.

Abweichende Relationen zwischen den Fachgruppen als bei der Zahl der Abrechnungsfälle resultieren, wenn man die Zahl der dokumentierten Abrechnungsziffern sowie approximative Behandlungskosten betrachtet. Tabelle 6 auf

¹⁸ Bei allen übrigen Arztgruppen lag dieser Wert unterhalb von 2,3; Werte nicht in der Tabelle angegeben, jedoch aus Angaben zu Tagen und Fällen ableitbar.

Seite 61 zeigt neben den bereits dargestellten Fallzahlen die durchschnittliche Zahl der dokumentierten Abrechnungsziffern sowie approximative Kosten je Fall. In der letzten Spalte werden schließlich approximative durchschnittliche Behandlungskosten je Versichertem für das Jahr 2010 angegeben.

Tabelle 6 Abrechnungsziffern sowie approximative Fall- und Versichertenbezogene Kosten nach Fachgebieten (BARMER GEK, D2010)

Fachgebietsbezeichnung	Fälle je 1.000 Versicherte	Abrechnungsziffern je Fall	Approx. Kosten je Fall in Euro*	Approx. Kosten je Versichertem in €*	Anteil an Kosten insgesamt
Hausarzt Allgemeinmedizin	2.056	6,33	54,47	112,00	23,6%
Hausarzt Internist	716	6,98	58,39	41,83	8,8%
Facharzt Internist	391	8,61	128,34	50,20	10,6%
Gynäkologie	698	6,61	43,45	30,34	6,4%
Kinder- und Jugendmedizin	369	5,85	62,67	23,10	4,9%
Chirurgie	222	6,25	70,92	15,72	3,3%
Orthopädie	348	6,68	54,64	19,03	4,0%
Augenarzt	444	3,65	45,84	20,35	4,3%
HNO	279	5,46	43,07	12,02	2,5%
Hautarzt	326	5,06	34,47	11,25	2,4%
Urologie	178	8,95	50,63	9,03	1,9%
Neurologie – Nervenheilk.	248	6,81	92,56	22,98	4,8%
Psycholog. Psychotherapeut	56	9,83	407,42	22,85	4,8%
Radiologie - Nuklearmedizin	312	6,41	105,04	32,74	6,9%
Labormedizin	702	11,35	24,17	16,96	3,6%
Pathologie	167	5,00	23,01	3,84	0,8%
Sonstige	124	7,79	95,29	11,83	2,5%
unbekannt	445	7,99	41,96	18,67	3,9%
Insgesamt	8.082	6,91	58,74	474,75	100,0%

* Unter Annahme eines fachübergreifenden und bundeseinheitlichen Punktwertes von 3,5048 Cent.

Seit Einführung der Direktabrechnung rechnen insbesondere Laborärzte je Behandlungsfall eine relativ hohe Zahl an EBM-Ziffern ab (2010: durchschnittlich 11,4 Ziffern je Fall, vgl. Tabelle), was sich auch auf die ausgeprägte Differenzierung der EBM-Abrechnungsziffern in diesem Bereich zurückführen lässt. Zugleich ist den einzelnen Leistungsziffern bei Laborärzten in der Regel nur ein geringer Punktwert zugeordnet. Hieraus resultiert, dass je "Behandlungsfall" bei einem Laborarzt durchschnittlich im Facharztvergleich – nach Kosten für einzelne Abrechnungsfälle bei Pathologen – die geringsten approximativen Kosten in Höhe von 24,17 Euro anfielen.

Fallbezogen die höchsten Kosten resultierten 2010 bei Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten mit 407 Euro je Abrechnungsfall. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses ist zu bedenken, dass die mögliche Anzahl der Behandlungsfälle bei einem einzelnen Psychotherapeuten leistungsbedingt sehr begrenzt ist. Während ein einzelner Laborarzt mit seinen angestellten Fachkräften durchaus eine hohe vierstellige Zahl von Abrechnungsfällen innerhalb eines Quartals "abarbeiten" kann, dürfte ein Psychotherapeut, der sich innerhalb von drei Monaten üblicherweise mehrere Stunden individuell mit jedem einzelnen Patienten befassen muss, oftmals in diesem Zeitraum nicht mehr als 100 unterschiedliche Patienten behandeln.

Die letzte Spalte der Tabelle verdeutlicht die approximative Verteilung der jährlichen versichertenbezogenen Kosten für die ambulante Behandlung auf unterschiedliche Facharztgruppen. Insgesamt ergaben sich 2010 nach diesen Berechnungen auf der Basis von BARMER GEK-Daten geschlechts- und altersstandardisiert durchschnittliche Ausgaben für die ambulante Versorgung in Höhe von knapp 480 Euro für jeden Versicherten. Mit 32,4% knapp ein Drittel dieser Ausgaben entfielen auf Behandlungskosten bei allgemeinärztlichen oder internistischen Hausärzten.

3.5 Anzahl kontaktierter Ärzte - Arztwechsel

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich mit der Zahl von unterschiedlichen Ärzten beziehungsweise Praxen, die von einzelnen Versicherten innerhalb eines Jahres aufgesucht wurden. Behandlungen eines Arztes lassen sich in den Abrechnungsdaten über die lebenslange Arztnummer des jeweiligen Arztes identifizieren, entsprechend lassen sich patientenbezogenen Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten unterscheiden und zählen¹⁹. Zudem lassen sich Behandlungen in unterschiedlichen Praxen anhand der Betriebsstättennummer unterscheiden. Da bei einer Behandlung durch unterschiedliche Ärzte innerhalb einer Praxis/Betriebsstätte inhaltlich nicht oder kaum von einem Arztwechsel im allgemeinen Wortsinn gesprochen werden kann, wurde für die nachfolgenden Auswertungen bei der Zählung zur Ermittlung von Arztwechseln lediglich zwischen Behandlungen in unterschiedlichen Betriebsstätten unterschieden. Eine jahresbezogen eindeutige Fachgruppenzuordnung einer einzelnen Praxis für differenziertere Auswertungen erfolgte dabei auf Basis der Fachgruppe, von der in einer Betriebsstätte die meisten Leistungsziffern innerhalb des Jahres abgerechnet wurden²⁰.

Einen ersten Überblick zur Anzahl der unterschiedlichen Betriebsstätten, von denen 2010 Leistungen bei einzelnen Versicherten abgerechnet wurden, gibt die nachfolgende Abbildung. Während bei der Darstellung im oberen Teil der Abbildung alle unterscheidbaren Betriebsstätten berücksichtigt wurden, wurden bei der Darstellung im unteren Teil lediglich Betriebsstätten von vorrangig behandelnden Ärzten berücksichtigt²¹.

¹⁹ Seit dem Abrechnungsjahr 2009 sind jahresbezogen durchgängig Informationen zur lebenslangen Arztnummer mit Fachgruppenzuordnung des Leistungserbringers auf der Ebene einzelner Abrechnungspositionen verfügbar.

²⁰ Vgl. Erläuterungen zur dritten Variante der Fachgruppenzuordnung auf Seite 56.

²¹ Abrechnungen von vorrangig diagnostisch tätigen sowie nicht eindeutig definierten Arztgruppen (vgl. z.B. Tabelle 6 auf Seite 61, Zeilen ab "Radiologe - Nuklearmedizin") blieben bei dieser Zählung unberücksichtigt.

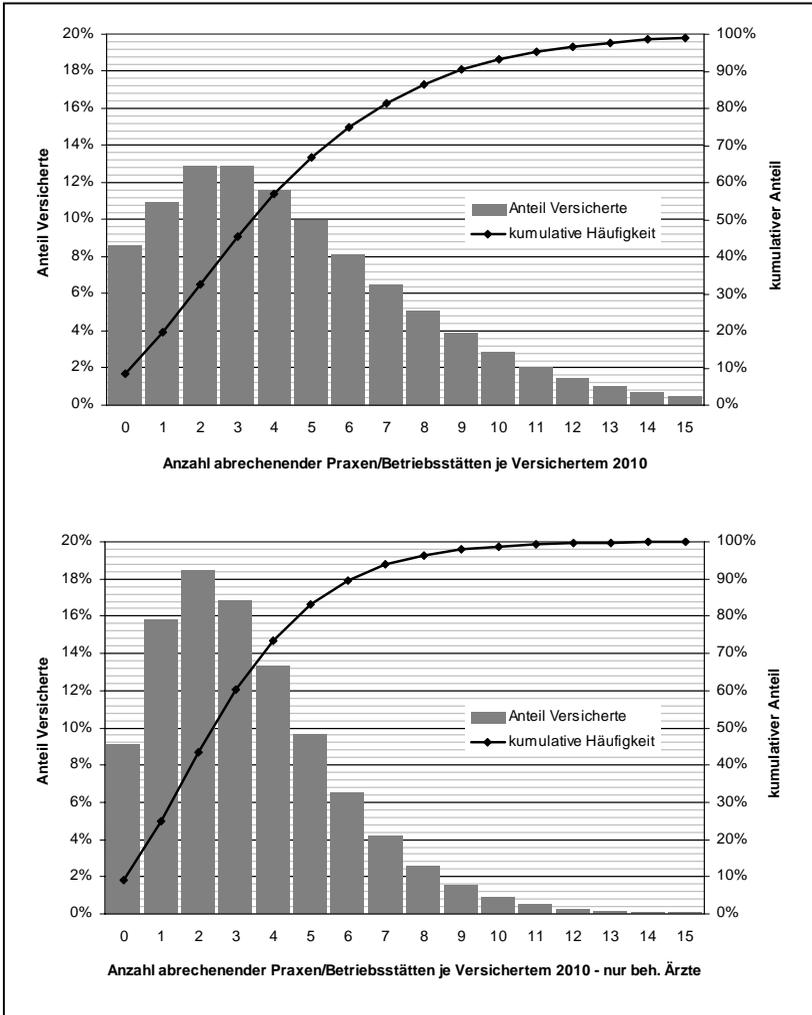


Abbildung 8 Anzahl abrechnender Betriebsstätten je Versichertem 2010 (BAR-MER GEK, D2010)

Im Verlauf des Jahres 2010 beanspruchten 54,7% der Bevölkerung bzw. 59,9% aller Patienten (Patienten hier im Sinne von Personen mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr) Leistungen von vier oder mehr unterschiedlichen Betriebsstätten (bzw. Arztpraxen) beliebiger Fachdisziplinen.

Beschränkt man die Zählung auf Kontakte zu vorrangig behandelnden Ärzten und schließt so beispielsweise Abrechnungsfälle von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und nicht eindeutig definierten Arztgruppen aus, reduziert sich der Anteil mit Kontakten zu 4 oder mehr unterschiedlichen Ärzten auf 39,8% der Bevölkerung bzw. 43,8% der Patienten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakten zu maximal drei unterschiedlichen "behandelnden" Ärzten lag entsprechend bei 60,2%.

Im Durchschnitt wurden von einem Versicherten 3,3 unterschiedliche behandelnde Ärzte bzw. Arztpraxen aufgesucht. Nur etwa 10% der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche Ärzte auf, bei 1,2% der Versicherten wurden Leistungen von mehr als 10 unterschiedlichen Betriebsstätten behandelnder Ärzte abgerechnet. Abrechnungen von mehr als 15 Praxen behandelnder Ärzte fanden sich bei 0,8 Promille der Versicherten.

Fachgruppenspezifische Auswertungsergebnisse auf der Basis von BARMER GEK-Daten sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So hatten nach Hochrechnungen der geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnisse im Jahr 2010 63,3 Mio. Einwohner bzw. 77,5% der Bevölkerung Deutschlands mindestens einmalig Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarzt. 60,0% der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau einen Hausarzt, nur 3,1% kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. Enthalten sind in dieser Zählung dabei auch alle "Wechsel" der Arztpraxis, die sich ohne primäre Patientenintention, z.B. bei Praxisschließungen während einer Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patienten, ergeben. Noch geringere "Wechselraten" als bei Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden.

Tabelle 7 Anzahl kontaktierte Praxen allgemein und nach Fachgruppen 2010

		Anzahl der kontaktierten Praxen 2010 (stand. D2010)				
		min. 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	4 und mehr
Alle Ärzte	% Pop.	91,4%	10,9%	12,9%	12,9%	54,7%
	% Patienten	100%	11,9%	14,1%	14,1%	59,9%
	abs. (Tsd.)	74.702	8.922	10.543	10.514	44.723
Vorrangig beh. Ärzte	% Pop.	90,9%	15,8%	18,5%	16,8%	39,8%
	% Patienten	100%	17,4%	20,3%	18,5%	43,8%
	abs. (Tsd.)	74.346	12.918	15.111	13.744	32.574
Hausärzte (inkl. internistische)	% Pop.	77,5%	46,5%	22,2%	6,5%	2,4%
	% Patienten	100%	60,0%	28,6%	8,4%	3,1%
	abs. (Tsd.)	63.347	38.006	18.114	5.294	1.933
Internisten (ohne HA)	% Pop.	17,0%	13,2%	3,0%	0,7%	0,2%
	% Patienten	100%	77,6%	17,4%	3,9%	1,1%
	abs. (Tsd.)	13.917	10.805	2.425	537	149
Gynäkologen	% Pop.	26,5%	13,5%	10,8%	1,7%	0,5%
	% Patienten	100%	51,0%	40,7%	6,3%	2,0%
	abs. (Tsd.)	21.673	11.051	8.822	1.375	425
Augenärzte	% Pop.	25,6%	23,4%	1,9%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100%	91,4%	7,6%	0,8%	0,1%
	abs. (Tsd.)	20.923	19.131	1.589	178	25
Orthopäden	% Pop.	19,7%	17,4%	2,0%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100%	88,3%	10,3%	1,2%	0,2%
	abs. (Tsd.)	16.130	14.246	1.665	190	29
Hautärzte	% Pop.	18,6%	15,8%	2,5%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100%	84,9%	13,6%	1,3%	0,2%
	abs. (Tsd.)	15.235	12.936	2.078	193	28
HNO	% Pop.	17,3%	15,7%	1,4%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100%	90,6%	8,3%	0,9%	0,1%
	abs. (Tsd.)	14.163	12.836	1.177	128	21

		Anzahl der kontaktierten Praxen 2010 (stand. D2010)				
		min. 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	4 und mehr
Chirurgen	% Pop.	13,4%	11,9%	1,4%	0,1%	0,0%
	% Patienten	100%	88,6%	10,2%	1,1%	0,1%
	abs. (Tsd.)	10.977	9.724	1.117	121	15
Kinderärzte	% Pop.	11,4%	7,9%	2,4%	0,7%	0,3%
	% Patienten	100%	69,7%	21,4%	6,3%	2,7%
	abs. (Tsd.)	9.313	6.488	1.990	584	251
Urologen	% Pop.	8,8%	8,3%	0,5%	0,0%	0,0%
	% Patienten	100%	94,1%	5,4%	0,4%	0,0%
	abs. (Tsd.)	7.208	6.782	392	30	4
Nervenärzte	% Pop.	10,0%	8,6%	1,2%	0,2%	0,0%
	% Patienten	100%	86,1%	11,9%	1,6%	0,3%
	abs. (Tsd.)	8.207	7.069	979	135	25
Psychotherapeuten	% Pop.	2,2%	2,1%	0,1%	0,0%	0,0%
	% Patienten	100%	95,3%	4,0%	0,5%	0,2%
	abs. (Tsd.)	1.759	1.677	70	9	3

Vereinzelte festgestellte Fälle von Patienten mit Kontakten zu einer extrem hohen Zahl unterschiedlicher Ärzte (im Jahr 2010 maximal 125 Betriebsstätten bei einem Versicherten insgesamt bzw. 115 Betriebsstätten von behandelnden Ärzten) beeinflussen die genannten Zahlenwerte nur unwesentlich, bieten jedoch, nach Überprüfung der Daten, Ansatzpunkte für ein Case-Management oder für die Aufdeckung von Missbrauch.

3.6 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. Da für die nachfolgenden Auswertungen zum Jahr 2010 insgesamt 8,3 Mio. Versicherte der BARMER GEK berücksichtigt werden konnten, ist diese Bedingung für grundlegende Auswertungen auf Bundeslandebene zweifellos erfüllt. Präsentiert werden auch an dieser Stelle geschlechts- und altersstandardisierte Werte. Sinngemäß wurde also bei der Ermittlung der Ergebnisse in allen Bundesländern eine übereinstimmende Geschlechts- und Altersstruktur angenommen – verbleibende Ergebnisunterschiede zwischen den Bundesländern bestehen unabhängig von etwaigen Unterschieden der Alterszusammensetzung der regional versicherten Personen.

Der altersstandardisierten Behandlungsraten variierten 2010 in den 16 Bundesländern nur leicht zwischen minimal 90,4% in Berlin und 91,9% in Niedersachsen und Hessen. Die geringsten versichertenbezogenen Behandlungsfallzahlen ließen sich 2010 für Schleswig-Holstein mit 7,68 Fällen pro Person ermittelt. Verhältnismäßig hohe Fallzahlen und etwa 6% über dem Bundesdurchschnitt fanden sich demgegenüber mit ca. 8,5 Fälle je Jahr in Berlin und Thüringen. Demgegenüber zeigen Auswertungen zu Tagen mit Abrechnungen von Leistungen eine abweichende Konstellation: Trotz geringer Fallzahlen wurden bei dieser Auswertung die mit Abstand höchsten Werte in Schleswig-Holstein erreicht. In den neuen Bundesländern werden trotz der durchgängig überdurchschnittlichen Fallzahlen im Hinblick auf Tage mit Abrechnungen von Leistungen durchgängig unterdurchschnittliche Werte erfasst.

Approximative Abschätzungen der Behandlungskosten unter Annahme einheitlicher Punktwerte von 3,5048 Cent ergeben vorrangig in den Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg überdurchschnittliche versichertenbezogene Kosten, die den Bundesdurchschnitt in den beiden letztgenannten Ländern um mehr als 10% überschreiten. In Bayern überschreiten die geschlechts- und al-

tersstandardisierten Behandlungskosten den Bundesdurchschnitt noch um 7,0%. In allen neuen Bundesländern liegen die Behandlungskosten unter dem Bundesdurchschnitt, der nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER GEK-Daten bei etwa 475 Euro liegt.

Table 8 Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2010 (BARMER GEK, D2010)

	Betroffene (%)	Behandlungsfälle je Jahr	Abrechnungstage je Jahr	Approx. Kosten je Jahr (Euro)
Schleswig-Holstein	91,3%	7,68 (-4,9%)	16,70 (15,7%)	449,99 (-5,2%)
Hamburg	90,7%	8,34 (3,2%)	14,65 (1,5%)	538,25 (13,4%)
Niedersachsen	91,9%	8,00 (-1,0%)	14,29 (-1,0%)	488,63 (2,9%)
Bremen	90,9%	8,27 (2,4%)	15,08 (4,4%)	510,70 (7,6%)
Nordrhein-Westfalen	91,7%	7,97 (-1,4%)	14,88 (3,0%)	472,37 (-0,5%)
Hessen	91,9%	8,13 (0,6%)	14,28 (-1,1%)	480,90 (1,3%)
Rheinland-Pfalz	91,6%	7,93 (-1,8%)	13,90 (-3,7%)	447,93 (-5,6%)
Baden-Württemberg	91,2%	7,93 (-1,9%)	13,87 (-3,9%)	470,06 (-1,0%)
Bayern	91,7%	8,00 (-1,0%)	14,41 (-0,2%)	507,83 (7,0%)
Saarland	91,7%	8,33 (3,1%)	15,07 (4,4%)	476,88 (0,4%)
Berlin	90,4%	8,53 (5,6%)	15,20 (5,3%)	529,67 (11,6%)
Brandenburg	90,9%	8,40 (3,9%)	13,51 (-6,4%)	433,40 (-8,7%)
Mecklenburg-Vorpommern	91,2%	8,35 (3,4%)	13,97 (-3,3%)	456,84 (-3,8%)
Sachsen	90,8%	8,26 (2,3%)	13,85 (-4,0%)	449,67 (-5,3%)
Sachsen-Anhalt	91,7%	8,43 (4,3%)	13,51 (-6,5%)	441,62 (-7,0%)
Thüringen	91,4%	8,60 (6,4%)	13,76 (-4,7%)	442,44 (-6,8%)
Gesamt	91,4%	8,08	14,44	474,75

(Werte in Klammern: Prozentuale Abweichungen zu bundesweiten Ergebnissen)

3.7 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.

Allein die der GEK vorliegenden KV-Daten zu ambulanten Behandlungsfällen aus den Jahren 2004 bis 2009 umfassten brutto (inklusive ungültiger Schlüssel und redundanter Angaben) insgesamt 220 Mio. Diagnoseeinträge, darunter 48 Mio. Angaben aus dem Jahr 2009. Zu Versicherten der BARMER wurden im Jahr 2009 239 Millionen Diagnoseeinträge aus der kassenärztlichen Versorgung übermittelt. Die nachfolgend vorrangig dargestellten Ergebnisse zum Jahr 2010 beruhen auf der Auswertung von Datenlieferungen zu Versicherten der BARMER GEK mit insgesamt 296 Mio. Diagnoseeinträgen.

94,3% der 2010 primär dokumentierten Diagnoseangaben entsprachen nach Abgleich mit dem aktuellen ICD10-GM im Jahr 2010 gültigen Diagnoseschlüsseln. Der überwiegende Anteil formal ungültiger bzw. fehlender Angaben resultierte, wie in den letzten Jahren, aus der Abrechnung von Laborleistungen, bei denen häufig keine Diagnoseangaben gemacht werden.

Zu allen Diagnoseangaben sollte obligat, und bereits seit 2004, eine Zuordnung zu einer der vier Einstufungen **Gesichert**, **Ausschluss**, **Verdacht** oder symptomloser **Zustand** vorliegen. Entsprechende Zusatzkennzeichen fehlten bundesweit 2004 in GEK-Daten noch bei insgesamt 22% der 25,9 Mio. gültigen Diagnoseschlüssel, 67,7% waren seinerzeit 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 ab 2006 waren Angaben zur Art der Diagnose zu allen gültigen Diagnoseschlüsseln angegeben.

In BARMER GEK-Daten zum Jahr 2010 wurden 89,44% der Diagnosen als gesichert eingestuft (GEK 2009: 88,1%; 2008: 87,9%), 4,44% als symptomlose Zustände (GEK 2009 und 2008: 4,1%), 3,35% als Verdachtsdiagnose (GEK

2009: 4,3%; 2008: 4,4%) und 2,77% als Ausschlussdiagnose (GEK 2009: 3,5%; 2008: 3,7%). **Bei den 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 3-monatigen 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.

Diagnosehäufigkeiten

Für 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 hier präsentierten Zahlen einen ersten Hinweis für die Diagnose- bzw. Erkrankungsprävalenz liefern (den Anteil der zu einem Zeitpunkt erkrankten Population), bei akuten Erkrankungen einen Schätzer für die 1-Jahres-Inzidenz (die (Neu-)Erkrankungsfälle bzw. Erkrankungshäufigkeit innerhalb eines Jahres in einer Population).

Diagnosekapitel Die nachfolgende Tabelle listet auf einer übergeordneten Gliederungsebene zunächst alle 20 regulär in gesundheitsbezogenen Statistiken zur Diagnoseerfassung verwendeten Diagnosekapitel der ICD10²². Angegeben wird der Anteil der Bevölkerung, bei dem innerhalb der einzelnen Jahre 2004 bis 2010 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung mindestens einmalig eine Diagnose (unter Vernachlässigung von Ausschlussdiagnosen) aus dem jeweiligen Diagnosekapitel dokumentiert wurde.

Da alle Ergebnisse einheitlich gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur der durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland 2005 standardisiert wurden, ergeben sich hier ggf. Hinweise auf Entwicklungen von Diagnosehäufigkeiten zwischen 2004 und 2010 unabhängig von demografischen Veränderungen der Bevölkerung.

Während die hier dargestellten Ergebnisse bis 2009 ausschließlich auf Auswertungen von GEK-Daten beruhen, wurde für Berechnungen zum Jahr 2010 der Gesamtversichertenbestand der BARMER GEK berücksichtigt. Damit sind Einflüsse durch Unterschiede der Diagnoseraten bei Versicherten der BARMER und GEK bei der Darstellung von Entwicklungen von 2009 auf 2010 nicht auszuschließen und in gewissem Umfang, z.B. vor dem Hintergrund unterschiedlicher regionaler Verteilungen von Versicherten der ehemaligen BARMER und GEK, sogar zu erwarten. Veränderungen von Ergebnissen von 2009 auf 2010 können vor diesem Hintergrund nur eingeschränkt als zeitliche Trends interpretiert werden. Einflüsse durch strukturelle Unterschiede der Untersuchungspopulationen – unabhängig von ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur – müssen gleichfalls erwogen werden.

²² *Nicht aufgeführt werden Kapitel XX und XXII. Kapitel XX "Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität" umfasst keine Diagnosen sondern äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen (die dann ggf. als Diagnosen zusätzlich erfasst werden können). Äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen werden in Deutschland regulär und ergänzend zu Diagnosen ausschließlich in der Todesursachenstatistik erfasst. Das Kapitel XXII "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" beinhaltet nur ausnahmsweise und dann vorläufig und temporär definierte Diagnoseschlüssel, sofern Erkrankungen noch nicht ausreichend in der regulären Systematik der ICD10 kodiert werden können.*

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. Die Ergebnisse erweisen sich auf dieser Gliederungsebene von Diagnosekapiteln über den Gesamtzeitraum von sieben Jahren, bei tendenziell zumeist leicht ansteigenden Diagnoseraten bis 2009, insgesamt als verhältnismäßig konstant. Ein relativ deutlicher Zuwachs ist seit 2006 bei Diagnosen von psychischen Störungen sowie bei Neubildungen festzustellen.

Der Wechsel der Untersuchungspopulation von einer ausschließlichen Berücksichtigung von GEK-Versicherten 2009 zur Berücksichtigung des BARMER GEK-Gesamtversichertenbestandes 2010 ist mit nur graduell veränderten Ergebnissen verbunden. Allgemein lässt sich festhalten, dass bei der Auswertung beider Populationen und separater Interpretation der Ergebnisse gut übereinstimmende Ergebnisse zu Erkrankungshäufigkeiten auf der Ebene von Diagnosekapiteln resultieren – Differenzen, die für übergeordnete inhaltliche Aussagen entscheidend wären, lassen sich nicht identifizieren.

Gewisse Ergebnisveränderungen von 2009 auf 2010 dürften maßgeblich aus einem real veränderten Erkrankungsgeschehen resultieren. So war ein Rückgang der Diagnoserate im Hinblick auf Atemwegserkrankungen zu erwarten, nachdem 2009 mit einer deutlich ausgeprägten Grippewelle zu Jahresbeginn und der zusätzlich relevanten "Neuen Grippe" im vierten Quartal außergewöhnlich viele Atemwegserkrankungen diagnostiziert wurden.

Tabelle 9 Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2004 bis 2010 nach Diagnosekapiteln (GEK, 2010: BARMER GEK; D2005)

	ICD10-Kapitel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	28,5%	28,6%	28,1%	29,1%	29,5%	29,7%	28,1%
02	Neubildungen	17,3%	17,4%	17,9%	19,1%	20,3%	20,5%	20,7%
03	Krankh. d. Blutes und d. blutbildenden Organe	7,2%	7,3%	7,1%	7,2%	7,4%	7,7%	7,3%
04	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	36,2%	36,8%	37,1%	38,0%	38,5%	39,2%	38,1%
05	Psychische und Verhaltensstörungen	27,6%	28,0%	27,9%	28,6%	29,0%	31,4%	31,9%
06	Krankh. des Nervensystems	17,3%	17,6%	17,7%	18,0%	18,6%	19,1%	19,0%
07	Krankh. d. Auges und d. Augenanhangsgebilde	28,5%	29,3%	29,7%	30,0%	30,4%	29,8%	29,7%
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	17,4%	17,7%	17,9%	17,9%	17,8%	18,0%	18,0%
09	Krankh. des Kreislaufsystems	38,5%	38,6%	38,4%	38,8%	39,1%	39,3%	38,4%
10	Krankh. des Atmungssystems	45,9%	49,3%	46,6%	48,8%	49,5%	52,2%	47,5%
11	Krankh. d. Verdauungssys.	31,0%	30,8%	31,5%	32,6%	33,4%	33,4%	31,3%
12	Krankheiten der Haut	27,7%	28,4%	28,5%	28,7%	29,7%	29,5%	29,1%
13	Krankh. d. Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	47,0%	47,9%	48,1%	49,3%	50,1%	50,4%	48,2%
14	Krankh. des Urogenitalsys.	37,3%	37,4%	37,3%	37,7%	38,2%	38,1%	37,7%
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,1%	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%	2,1%	2,1%
16	Best. Zust., d. ihren Ursprung i. d. Perinatalperiode haben	0,9%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,7%
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	9,4%	10,0%	10,4%	11,1%	11,8%	12,0%	12,2%
18	Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	40,2%	41,7%	41,4%	42,5%	42,8%	43,9%	41,7%
19	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen äuß. Ursachen	28,2%	28,6%	29,4%	29,7%	30,4%	31,0%	29,7%
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	51,5%	54,6%	55,5%	58,9%	60,0%	60,9%	58,8%

* Veränderungen zum Vorjahr durch Wechsel der Population nur bedingt interpretierbar.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die auf Basis von BARMER GEK-Daten berechneten Diagnoseraten des Jahres 2010 nach Diagnosekapiteln, wobei an dieser Stelle eine Standardisierung nach der Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2010 vorgenommen wurde, um ein möglichst realitätsnahes Abbild der Situation in Deutschland im genannten Jahr zu liefern.

Tabelle 10 Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2010 (BARMER GEK, D2010)

	ICD10-Kapitel	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	25,3%	30,1%	27,8%
02	Neubildungen	17,5%	25,1%	21,4%
03	Krankh. des Blutes und der blutbildenden Organe	5,8%	9,1%	7,5%
04	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankh.	33,3%	45,4%	39,4%
05	Psychische und Verhaltensstörungen	26,9%	37,4%	32,3%
06	Krankheiten des Nervensystems	16,4%	22,7%	19,6%
07	Krankh. des Auges und der Augenanhangsgebilde	26,7%	34,0%	30,4%
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	17,5%	19,0%	18,3%
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	36,7%	43,6%	40,2%
10	Krankheiten des Atmungssystems	44,9%	49,0%	47,0%
11	Krankheiten des Verdauungssystems	30,7%	33,4%	32,1%
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	25,1%	33,1%	29,2%
13	Krankh. des Muskel-Skelett-Systems	44,6%	53,7%	49,2%
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	20,6%	55,4%	38,4%
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0%	3,9%	2,0%
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,7%	0,6%	0,6%
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	11,2%	13,5%	12,4%
18	Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	35,4%	48,4%	42,0%
19	Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen	28,5%	31,2%	29,8%
21	Faktoren, die d. Gesundheitszustand beeinfl.	42,9%	75,1%	59,3%

Unterschiede zu den vorausgehend bereits in Tabelle 9 berichteten geschlechtsübergreifenden Ergebnissen für das Jahr 2010 resultieren aus der abweichenden Geschlechts- und Altersstandardisierung. Die in der Tabelle 10 zusätzlich ausgewiesenen geschlechtsspezifischen Diagnoseraten zeigen, dass Frauen von Diagnosen aus nahezu allen Kapiteln häufiger als Männer betroffen sind (vgl. auch Abbildung 9 Seite 78). Die einzige und anteilig wenig relevante Ausnahme auf der hier betrachteten Gliederungsebene von Diagnosen bilden "Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben".

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 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 44,9% Betroffenen innerhalb des Jahres 2010 (Frauen 2010: 49,0%).

Die zuvor geschlechts- und altersstandardisiert ermittelten Anteile lassen sich durch Multiplikation mit den zugehörigen Bevölkerungszahlen zur Abschätzung der absoluten Anzahl von Personen in Deutschland mit bestimmten Diagnoseangaben nutzen. Die nachfolgende Tabelle auf Seite 79 beinhaltet entsprechende Angaben zur Anzahl von Betroffenen mit Diagnosen aus bestimmten Diagnosekapiteln. Die absolute Zahl der Betroffenen übersteigt in fast allen Diagnosekapiteln die Millionengrenze. Bei mehr als 40 Millionen Personen in Deutschland wurde 2010 mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel "Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems" gestellt, knapp 33 Millionen waren von Krankheiten des Kreislaufsystems betroffen.

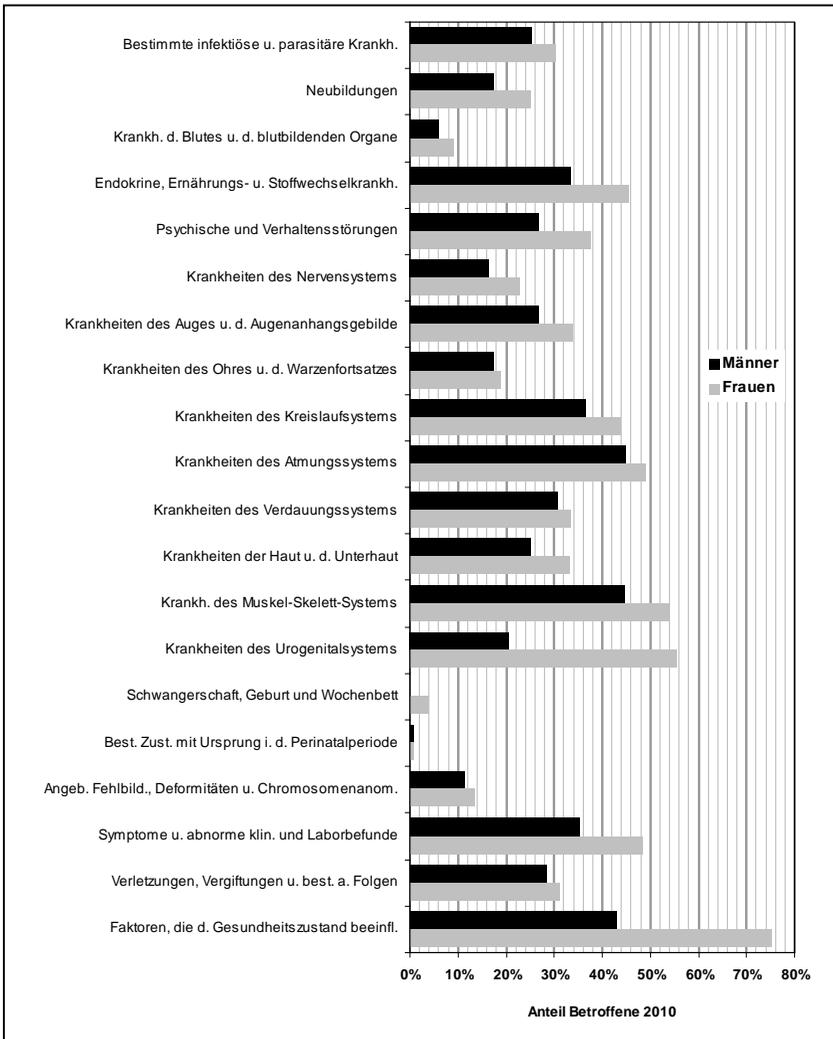


Abbildung 9 Diagnoseraten nach ICD10-Kapiteln 2010 (BARMER GEK, D2010)

Tabelle 11 Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2010 (BARMER GEK, D2010)

	ICD10-Kapitel	Männer Tsd.	Frauen Tsd.	gesamt Tsd.
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	10.152	12.544	22.696
02	Neubildungen	7.031	10.439	17.469
03	Krankh. des Blutes und der blutbildenden Organe	2.333	3.784	6.117
04	Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankh.	13.347	18.900	32.247
05	Psychische und Verhaltensstörungen	10.772	15.596	26.369
06	Krankheiten des Nervensystems	6.574	9.468	16.042
07	Krankh. des Auges und der Augenanhangsgebilde	10.691	14.144	24.835
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	7.016	7.907	14.922
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	14.701	18.172	32.873
10	Krankheiten des Atmungssystems	18.011	20.420	38.431
11	Krankheiten des Verdauungssystems	12.295	13.911	26.206
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	10.070	13.808	23.877
13	Krankh. des Muskel-Skelett-Systems u. d. Bindegewebes	17.872	22.378	40.250
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	8.271	23.090	31.361
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	8	1.609	1.617
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	262	264	526
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	4.500	5.610	10.110
18	Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	14.184	20.173	34.357
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	11.410	12.977	24.387
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	17.198	31.284	48.483

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, wie zuvor bei Diagnosekapiteln, die Anteile der von den zugehörigen Diagnoseschlüsseln im Jahr 2010 betroffenen Bevölkerung nach Ergebnissen der geschlechts- und altersstandardisierten Auswertung von Daten zu 8,3 Mio. Versicherten der BARMER GEK angegeben (die Auflistung der Diagnosegruppen erfolgt in einer absteigenden Sortierung nach dem Anteil der insgesamt betroffenen Bevölkerung). Von Erkrankungen und Zuständen aus den 100 aufgeführten Diagnosegruppen waren 2010 jeweils mindestens 2% der Bevölkerung, also schätzungsweise mindestens 1,6 Mio. Menschen in Deutschland, betroffen.

Die Diagnosegruppe im Sinne von Erkrankungen mit der bevölkerungsbezogen weitesten Verbreitung bilden "Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens", die innerhalb des Jahres 2010 bei 34,6% der Bevölkerung als Diagnose dokumentiert wurden. Etwa 22% bis 27% der Bevölkerung erhalten Diagnosen aus den Gruppen "Hypertonie [Hochdruckkrankheit]", "Akute Infektionen der oberen Atemwege", "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 45% aller Frauen innerhalb eines Jahres betroffen sind. Diagnosen aus dieser Gruppe dürften vorrangig aus Abrechnungsgründen dokumentiert werden, eine Erkrankung im eigentlichen Sinn dürfte sich hinter einer entsprechenden Diagnose nur selten verbergen.

Tabelle 12 Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte Diagnosegruppen 2010 (BARMER GEK, D2010)

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
Z00-Z13	Personen, die d. Gesundheitswesen zur Unters. u. Abklärung in Anspruch nehmen	22,2%	55,1%	38,9%
M40-M54	Krankheiten der Wirbelsäule u. des Rückens	30,3%	38,7%	34,6%
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	26,4%	27,7%	27,1%
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	24,6%	28,2%	26,4%
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankh.	23,5%	27,6%	25,6%
M00-M25	Arthropathien	21,1%	27,3%	24,3%
E70-E90	Stoffwechselstörungen	23,2%	23,4%	23,3%
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	0,2%	44,9%	22,9%
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen	18,9%	24,8%	21,9%
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	16,5%	21,3%	18,9%
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	11,8%	23,3%	17,7%
J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	16,6%	18,5%	17,6%
J40-J47	Chron. Krankheiten der unteren Atemwege	16,5%	17,4%	17,0%
R50-R69	Allgemeinsymptome	13,8%	19,9%	16,9%
Z30-Z39	Personen, die d. Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen (inkl. Kontrazeption)	0,8%	29,8%	15,6%
E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse	7,9%	22,9%	15,5%
L20-L30	Dermatitis und Ekzem	13,3%	17,7%	15,5%
D10-D36	Gutartige Neubildungen	11,2%	17,8%	14,6%
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	10,6%	17,7%	14,2%
R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	9,9%	18,3%	14,2%
Z80-Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigen-	10,9%	17,0%	14,0%

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
	anamnese			
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	11,5%	13,7%	12,6%
F30-F39	Affektive Störungen	7,8%	15,5%	11,7%
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	11,0%	12,3%	11,7%
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	9,1%	14,0%	11,6%
R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	10,7%	12,1%	11,4%
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,3%	13,9%	9,7%
H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	9,0%	9,8%	9,4%
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,9%	10,8%	9,3%
E10-E14	Diabetes mellitus	9,8%	8,1%	8,9%
H53-H54	Sehstörungen und Blindheit	7,7%	9,9%	8,8%
J20-J22	Sonst. akute Infekti. d. unteren Atemwege	8,4%	8,8%	8,6%
H25-H28	Affektionen der Linse	6,9%	9,9%	8,4%
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	6,0%	10,7%	8,4%
E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung	7,2%	9,5%	8,3%
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten	8,1%	8,3%	8,2%
K55-K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	7,2%	9,0%	8,1%
Q65-Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems	6,7%	9,2%	8,0%
B35-B49	Mykosen	6,2%	9,6%	7,9%
C00-C97	Bösartige Neubildungen	7,4%	8,2%	7,8%
H60-H62	Krankheiten des äußeren Ohres	7,6%	7,7%	7,6%
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	8,7%	6,3%	7,5%
H10-H13	Affektionen der Konjunktiva	6,4%	8,1%	7,3%
N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	14,3%	0,1%	7,1%
A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten	7,1%	7,1%	7,1%
H30-H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	6,1%	7,7%	6,9%
H65-H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	6,6%	6,9%	6,8%

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
M80-M94	Osteopathien und Chondropathien	3,7%	9,5%	6,6%
T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	5,2%	7,8%	6,5%
L80-L99	Sonstige Krankh. d. Haut u. d. Unterhaut	5,2%	7,7%	6,5%
K70-K77	Krankheiten der Leber	7,1%	5,7%	6,4%
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	6,2%	6,4%	6,3%
Z40-Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen in Anspruch nehmen	5,2%	6,6%	5,9%
N70-N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	0,0%	11,5%	5,9%
B00-B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind	5,1%	6,5%	5,8%
R40-R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	4,4%	6,9%	5,7%
H00-H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	4,2%	7,1%	5,7%
R30-R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen	4,6%	6,0%	5,4%
G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	4,2%	6,3%	5,3%
B25-B34	Sonstige Viruskrankheiten	4,9%	5,2%	5,1%
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	5,7%	4,4%	5,0%
I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	5,2%	4,8%	5,0%
N60-N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	0,4%	9,1%	4,8%
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	4,8%	4,8%	4,8%
H40-H42	Glaukom	3,9%	5,4%	4,7%
K80-K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas	3,4%	5,7%	4,5%
I95-I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	2,3%	5,5%	3,9%
Z70-Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	2,5%	5,2%	3,9%
T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingrif-	2,9%	4,6%	3,8%

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
	fen und medizinischer Behandlung			
K40-K46	Hernien	4,6%	2,8%	3,7%
L00-L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut	3,7%	3,6%	3,7%
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	3,6%	3,4%	3,5%
D37-D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens	2,8%	4,0%	3,4%
S90-S99	Verletzungen d. Knöchelregion u. des Fußes	3,4%	3,4%	3,4%
E20-E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	1,3%	5,3%	3,3%
R25-R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	2,9%	3,4%	3,2%
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,5%	2,8%	3,2%
K00-K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer	2,8%	3,5%	3,1%
S00-S09	Verletzungen des Kopfes	3,5%	2,8%	3,1%
J95-J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems	3,0%	3,0%	3,0%
H15-H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	2,4%	3,4%	2,9%
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes u. d. Hand	3,2%	2,6%	2,9%
L40-L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten	2,8%	2,9%	2,8%
J09-J18	Grippe und Pneumonie	2,9%	2,8%	2,8%
B99-B99	Sonstige Infektionskrankheiten	2,7%	2,8%	2,8%
F80-F89	Entwicklungsstörungen	3,3%	2,1%	2,7%
R20-R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen	2,3%	3,0%	2,7%
N17-N19	Niereninsuffizienz	2,9%	2,3%	2,6%
D50-D53	Alimentäre Anämien	1,4%	3,6%	2,5%
H43-H45	Affektionen des Glaskörpers u. d. Augapfels	1,9%	3,1%	2,5%
D60-D64	Aplastische und sonstige Anämien	1,9%	2,9%	2,4%
G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	2,5%	2,2%	2,4%
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2,9%	1,8%	2,3%
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer	1,9%	2,8%	2,3%

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
	psychischer Störungen			
A30-A49	Sonstige bakterielle Krankheiten	2,1%	2,5%	2,3%
M30-M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes	1,3%	3,1%	2,2%
N25-N29	Sonst. Krankheiten der Niere u. d. Ureters	2,4%	1,9%	2,1%
L55-L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	2,1%	2,0%	2,1%
R70-R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose	2,0%	2,0%	2,0%
N20-N23	Urolithiasis	2,5%	1,5%	2,0%

Einzelne Diagnosen (3-stellige ICD10-Schlüssel)

Auf der 3-stelligen Kodierungsebene umfasst die ICD10 mehr als 1.600 unterschiedliche Diagnoseschlüssel. Die nachfolgende Tabelle zeigt für 100 häufig verwendete 3-stellig differenzierte Diagnosen die Anteile der im Jahr 2010 betroffenen Bevölkerung, also den Anteil der Personen, bei denen eine entsprechende Diagnose mindestens einmalig innerhalb des Jahres 2010 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert wurde.

Die Bedeutung vieler der hier aufgeführten 3-stelligen Diagnosen lässt sich bereits nach der vorausgehenden Auswertung zu Diagnosegruppen vermuten. Die am weitesten verbreitete Diagnose war nach den altersstandardisierten Ergebnissen BARMER GEK-Daten 2010 die primäre Hypertonie, also Bluthochdruck ohne definierte organische Ursache mit einem betroffenen Bevölkerungsanteil von 26,5%. Mehr als ein Viertel der deutschen Bevölkerung leidet demnach unter Bluthochdruck. Auf Rang zwei folgen "Rückenschmerzen" mit dem Diagnoseschlüssel M54, von denen 24,6% betroffen waren. Rang drei im Sinne von Erkrankungen belegen Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler, die bei 21,1% der Population innerhalb des Jahres 2010 erfasst wurden, 18,9% waren von einer Fettstoffwechselstörung betroffen.

Tabelle 13 Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte 3-stellige Diagnosen 2010 (BARMER GEK, D2010)

ICD	ICD10-Diagnose 3-stellig	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	25,83%	27,10%	26,48%
M54	Rückenschmerzen	21,24%	27,89%	24,63%
Z12	Spez. Verfahren zur Unters. auf Neubildungen	7,72%	40,61%	24,47%
H52	Akkommodationsstörungen u. Refraktionsfehler	18,11%	24,02%	21,12%
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	18,82%	19,01%	18,92%
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	15,00%	16,68%	15,86%
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	15,23%	16,45%	15,85%
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,41%	28,71%	14,83%
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	12,76%	15,49%	14,15%
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankh. der Vagina	0,04%	23,30%	11,89%
F32	Depressive Episode	6,52%	13,33%	9,99%
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,75%	13,65%	9,78%
F45	Somatoforme Störungen	6,14%	13,05%	9,66%
E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,38%	12,55%	8,54%
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,09%	9,91%	8,53%
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	6,44%	10,51%	8,51%
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	7,82%	8,90%	8,37%
E66	Adipositas	6,96%	9,16%	8,08%
M47	Spondylose	6,64%	9,45%	8,07%
J20	Akute Bronchitis	7,81%	8,24%	8,03%
L30	Sonstige Dermatitis	7,21%	8,57%	7,90%
N95	Klimakterische Störungen	0,03%	15,14%	7,73%
H53	Sehstörungen	6,70%	8,68%	7,71%
D22	Melanozytennävus	6,37%	8,40%	7,41%
T14	Verletzung an einer n. n. bez. Körperregion	7,34%	7,33%	7,34%

ICD	ICD10-Diagnose 3-stellig	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	8,05%	6,50%	7,26%
J45	Asthma bronchiale	6,83%	7,67%	7,26%
K29	Gastritis und Duodenitis	6,05%	7,77%	6,93%
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6,53%	7,12%	6,83%
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,42%	8,12%	6,80%
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	3,28%	10,05%	6,73%
J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bez.	6,37%	7,07%	6,72%
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	7,92%	5,42%	6,65%
I83	Varizen der unteren Extremitäten	3,72%	9,39%	6,61%
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	2,35%	10,49%	6,50%
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	5,36%	7,51%	6,45%
H10	Konjunktivitis	5,66%	7,10%	6,39%
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen v. Infektionskrankheiten	6,02%	6,36%	6,19%
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	4,93%	7,39%	6,19%
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	5,61%	6,26%	5,94%
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,19%	6,66%	5,94%
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	5,34%	6,43%	5,89%
H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	5,86%	5,78%	5,82%
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	4,85%	6,48%	5,68%
K52	Sonst. nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	5,59%	5,70%	5,65%
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	6,25%	5,03%	5,63%
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	4,01%	6,88%	5,47%
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	5,49%	5,43%	5,46%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3,52%	7,23%	5,41%
H50	Sonstiger Strabismus	4,83%	5,96%	5,41%

ICD	ICD10-Diagnose 3-stellig	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
M77	Sonstige Enthesopathien	4,40%	5,88%	5,16%
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	0,06%	9,90%	5,07%
N76	Sonst. entz. Krankheit der Vagina und Vulva	0,04%	9,87%	5,05%
J03	Akute Tonsillitis	4,66%	5,41%	5,04%
H26	Sonstige Kataraktformen	4,03%	5,90%	4,98%
J02	Akute Pharyngitis	4,38%	5,50%	4,95%
N40	Prostatahyperplasie	9,84%	0,00%	4,83%
E79	Störungen des Purin- u. Pyrimidinstoffwechsels	6,40%	3,28%	4,81%
G47	Schlafstörungen	4,63%	4,94%	4,79%
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	4,06%	5,37%	4,73%
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	4,34%	5,01%	4,68%
M75	Schulterläsionen	4,29%	5,04%	4,67%
H40	Glaukom	3,90%	5,40%	4,66%
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	3,54%	5,74%	4,66%
J32	Chronische Sinusitis	4,00%	5,29%	4,66%
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	5,07%	4,14%	4,60%
H25	Cataracta senilis	3,76%	5,23%	4,51%
B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	4,41%	4,53%	4,47%
M21	Sonst. erworbene Deformitäten d. Extremitäten	3,66%	5,23%	4,46%
M19	Sonstige Arthrose	3,55%	5,16%	4,37%
I84	Hämorrhoiden	4,25%	4,38%	4,32%
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	3,57%	5,01%	4,31%
E03	Sonstige Hypothyreose	1,80%	6,68%	4,29%
F41	Anderere Angststörungen	2,67%	5,75%	4,24%
G43	Migräne	1,90%	6,44%	4,21%
J44	Sonst. chronische obstruktive Lungenkrankheit	4,32%	4,05%	4,18%
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	0,03%	8,02%	4,10%
M41	Skoliose	3,07%	4,95%	4,03%
J01	Akute Sinusitis	3,34%	4,67%	4,02%

ICD	ICD10-Diagnose 3-stellig	Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	1,20%	6,72%	4,02%
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	3,32%	4,66%	4,00%
R51	Kopfschmerz	3,20%	4,76%	3,99%
R05	Husten	3,59%	4,29%	3,95%
H91	Sonstiger Hörverlust	3,86%	3,96%	3,91%
M62	Sonstige Muskelkrankheiten	3,01%	4,27%	3,65%
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	2,63%	4,62%	3,64%
F17	Psychische u. Verhaltensstörungen durch Tabak	3,80%	3,38%	3,59%
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	3,39%	3,69%	3,54%
R42	Schwindel und Taumel	2,54%	4,45%	3,52%
H90	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	3,43%	3,50%	3,46%
B35	Dermatophytose [Tinea]	3,71%	3,19%	3,45%
H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	3,29%	3,54%	3,42%
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	3,36%	3,21%	3,28%
H66	Eitrige u. nicht näher bezeichnete Otitis media	3,28%	3,27%	3,27%
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	3,09%	3,44%	3,27%
J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	2,73%	3,78%	3,26%
L70	Akne	2,15%	4,33%	3,26%
N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	0,08%	6,16%	3,18%
B37	Kandidose	1,28%	4,96%	3,15%
H60	Otitis externa	3,13%	3,14%	3,13%

Die geschlechtsspezifisch sehr unterschiedliche Erfassungshäufigkeit des Schlüssels Z12 "Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen" gibt einen ersten Hinweis auf die unterschiedliche Bedeutung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern (Z12: 7,7%) und Frauen (Z12: 40,6%).

Diagnosezahl und 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 dreistellige 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 BARMER GEK-Daten innerhalb des Jahres 2010 29,9 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen, ggf. auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 2,44 Milliarden (!) dokumentierten Diagnoseangaben. Dabei fanden sich je Person durchschnittlich 11,7 unterscheidbare Diagnoseangaben (auf 3-stelliger ICD10-Ebene). Selbst wenn bei der Auswertung Diagnosekapitel unberücksichtigt bleiben, die primär keine Erkrankung repräsentieren (Kapitel 18 "Symptome" sowie Kapitel 21 "Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen"), resultierten durchschnittlich noch 9,6 unterschiedliche Diagnosen je Person (Männer: 8,0; Frauen: 11,2). Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche geschlechts- und altersspezifische Anzahl von unterscheidbaren Diagnosen mit der genannten Beschränkung pro Kopf im Jahr 2010.

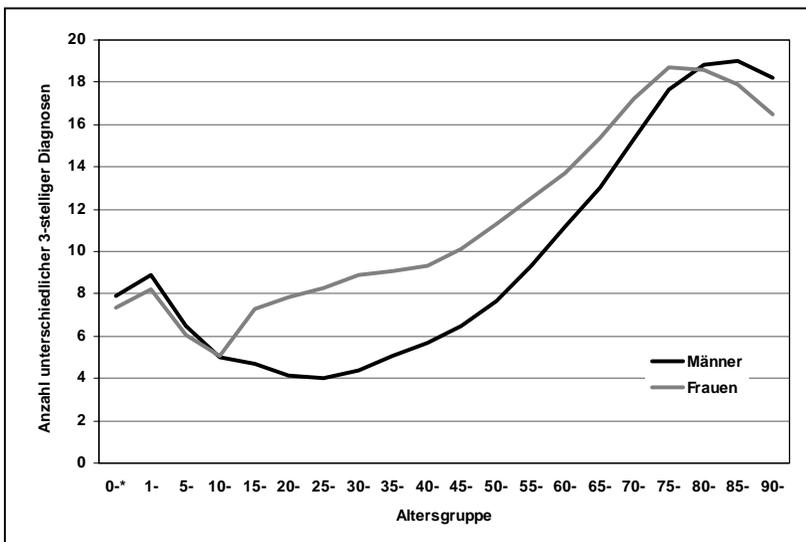


Abbildung 10 Anzahl unterschiedlicher 3-stelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter im Jahr 2010 (ICD10-Kap. 1-17, 19; BARMER GEK)

Weitere ergänzende Angaben zur Verteilung der Diagnoseangaben nach geschlechts- und altersstandardisierten Berechnungen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Bei der Hälfte der Bevölkerung werden jährlich 8 oder mehr unterschiedliche Diagnosen aus den Diagnosekapiteln 1 bis 17 oder 19 erfasst. Bei gut einem Drittel sind es sogar 11 oder mehr unterscheidbare Diagnoseschlüssel im Sinne von Erkrankungen innerhalb eines Jahres.

Tabelle 14 Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2010 (D2010)

Zahl der Diagnosen	nach Gesamtzahl differenzierbarer Diagnosen		nach Zahl der differenzierbaren Diagnosen nur Kap. 1-17, 19	
	%	kumulativ	%	kumulativ
0	8,78%	8,78%	9,53%	9,53%
1	3,77%	12,55%	4,92%	14,45%
2	4,31%	16,85%	5,78%	20,23%
3	4,70%	21,55%	6,16%	26,39%
4	4,90%	26,46%	6,24%	32,63%
5	4,99%	31,45%	6,13%	38,76%
6	4,97%	36,42%	5,86%	44,62%
7	4,85%	41,27%	5,49%	50,10%
8	4,70%	45,97%	5,11%	55,21%
9	4,49%	50,46%	4,69%	59,90%
10	4,26%	54,72%	4,27%	64,18%
11-15	17,31%	72,02%	15,83%	80,01%
16-20	11,29%	83,31%	9,08%	89,08%
21-30	11,11%	94,42%	7,89%	96,97%
31 und mehr	5,58%	100,00%	3,03%	100,00%

Kombinationen von Diagnosen

Für die nachfolgenden Darstellungen zu Kombinationen von Diagnosen wurden sinngemäß zunächst alle unterschiedlichen gültigen Diagnosen zu einzelnen Patienten (auf 3-stelliger ICD-Ebene) innerhalb des Jahres 2010 ermittelt. Anschließend wurden alle auf Versichertenebene vorkommenden Kombinationen aus zwei Diagnoseschlüsseln in eine externe Datei geschrieben. Auf Basis einer entsprechenden Datei mit allen Diagnosekombinationen zu allen relevanten Versicherten wurden schließlich empirisch die am häufigsten erfassten Kombinationen ermittelt. Durch die Verwendung geeigneter Gewichtungen lassen sich dabei sinngemäß geschlechts- und altersstandardisierte Häufigkeit-

ten 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 Diagnoseschlüssel. An erster Stelle der Rangfolge erscheint die Kombination der beiden Diagnosen Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck (E78, I10), die innerhalb des Jahres 2010 schätzungsweise bei 12% der Bevölkerung und damit bei etwa 9,75 Mio. Personen in Deutschland erfasst wurde.

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 15 Häufige 2-fach-Kombinationen von Diagnosen 2010 (D2010)

	ICD	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen vgl. of- fiziellen ICD10)	Anteil Be- völkerung %	Betroffene D2010 Tsd.
1	E78,I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	11,92%	9.749
2	Z12,Z30	spez. Untersuchung auf Neubildungen, Kontrazeption	10,10%	8.260
3	I10,M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	10,10%	8.258
4	N89,Z12	nichtentz. Krh. d. Vagina, spez. Untersuchung auf Neubildungen	9,57%	7.827
5	H52,I10	Fehlsichtigkeit, Bluthochdruck	9,39%	7.676
6	M54,Z12	Rückenschmerzen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	8,98%	7.339
7	I10,Z12	Bluthochdruck, spez. Unters. auf Neubild.	8,21%	6.711
8	I10,Z25	Bluthochdruck, Impfung g. einzelnen Virus	7,90%	6.457
9	N89,Z30	nichtentz. Krh. d. Vagina, Kontrazeption	7,84%	6.412
10	E78,M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmer- zen	7,65%	6.258
11	H52,M54	Fehlsichtigkeit, Rückenschmerzen	7,18%	5.871
12	H52,Z12	Fehlsichtigkeit, spez. Untersuchung auf Neubildungen	7,01%	5.728
13	E78,H52	Fettstoffwechselstörungen, Fehlsichtigkeit	6,82%	5.579
14	E78,Z12	Fettstoffwechselstörungen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	6,23%	5.091
15	N95,Z12	Klimakterische Störungen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	6,15%	5.028
16	H52,H53	Fehlsichtigkeit, Sehstörungen	5,96%	4.875
17	E11, I10	Diabetes Typ II, Bluthochdruck	5,71%	4.667
18	M54,M99	Rückenschmerzen, biomech. Fkt.Störungen	5,70%	4.659
19	E78,Z25	Fettstoffwechselstörungen, Impfung g. einzelnen Virus	5,57%	4.555
20	I10, I25	Bluthochdruck, Chronisch ischämische Herzkrankheit	5,39%	4.404

(Basis: Gültige personenbezogenen Diagnoseschlüsselangaben 2010; stand. D2010)

Tabelle 16 Häufige 2-fach-Kombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2010

	ICD	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen vgl. offiziellen ICD10)	Anteil Bevölkerung %	Betroffene D2010 Tsd.
1*	E78,I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	11,92%	9.749
2*	I10,M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	10,10%	8.258
3*	E78,M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmerzen	7,65%	6.258
4*	E11, I10	Diabetes Typ II, Bluthochdruck	5,71%	4.667
5*	M54,M99	Rückenschmerzen, biomech. Fkt.Störungen	5,70%	4.659
6*	I10, I25	Bluthochdruck, chron. ischämische Herzkrankheit	5,39%	4.404
7	M47,M54	Spondylose, Rückenschmerzen	5,29%	4.322
8	M53,M54	Sonst. Krankheiten d. Wirbelsäule, Rückenschmerzen	5,21%	4.260
9	E66,I10	Adipositas, Bluthochdruck	5,04%	4.121
10	M51,M54	Sonst. Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen	4,76%	3.889
11	F45,M54	Somatoforme Störungen, Rückenschmerzen	4,60%	3.764
12	I10,M47	Bluthochdruck, Spondylose	4,51%	3.685
13	F32,M54	Depressive Episode, Rückenschmerzen	4,50%	3.680
14	I10,M17	Bluthochdruck, Arthrose des Kniegelenkes	4,45%	3.641
15	F32,I10	Depressive Episode, Bluthochdruck	4,35%	3.558
16	E04,I10	Sonstige Struma, Bluthochdruck	4,20%	3.430
17	E78,I25	Fettstoffwechselstörungen, chron. ischämische Herzkrankheit	4,14%	3.382
18	E11,E78	Diabetes Typ II, Fettstoffwechselstörungen	3,97%	3.243
19	H35,I10	Sonst. Affektionen der Netzhaut, Bluthochdruck	3,95%	3.228
20	I10,N95	Bluthochdruck, klimakterische Störungen	3,91%	3.195

* Bereits in Tabelle 15 aufgeführte Kombinationen (Basis: Gültige personenbezogene Diagnoseangaben 2010 aus den Diagnosekapiteln 1 bis 17 sowie 19, ohne Diagnosen von Sehfehlern ICD10: H50-H52; stand. D2010).

Tabelle 16 zeigt eine Liste der empirisch in der Gesamtpopulation 2010 am häufigsten feststellbaren 2-fach-Kombinationen von Diagnosen, die sich im Gegensatz zu Tabelle 15 weitgehend auf Kombinationen von Diagnoseschlüsseln im Sinne von Erkrankungen beschränkt. Hierzu wurden alle Kombinationen von Schlüsseln ausgeschlossen, die nicht in den ICD10-Kapiteln 1 bis 17 bzw. 19 enthalten sind. Zudem wurden Kombinationen mit bestimmten Sehfehlern im Sinne der Diagnosen H50 bis H52 ausgeschlossen. Nach diesem Vorgehen verbleiben sechs Kombinationen, die bereits in Tabelle 15 aufgeführt sind, 14 der bereits dokumentierten Kombinationen werden in Tabelle 16 nicht mehr gelistet, da sie Schlüssel aus den Kapiteln 18 (Symptome) oder 21 (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen) oder Schlüssel im Sinne von dokumentierten Sehfehlern enthalten.

Fünf der 14 neu gelisteten 2er-Kombinationen beinhalten Rückenschmerzen (M54) als einen der beiden Diagnoseschlüssel. Neben drei Kombinationen mit Krankheiten der Wirbelsäule (M47, M53 und M51) sind auch zwei Kombinationen mit psychischen Beschwerden relativ häufig. So dürften nach den Berechnungen in Deutschland innerhalb des Jahres 2010 bei mehr als 3,5 Mio. Menschen sowohl Rückenschmerzen als auch somatoforme Störungen (F45) und/oder depressive Episoden (F32) ambulant diagnostiziert worden sein.

Die verbleibenden häufigen Kombinationen beinhalten als eine der Diagnosen Bluthochdruck (I10) oder Fettstoffwechselstörungen (E78).

3.8 Diagnosen – differenzierte Betrachtung

Ambulante Diagnosen und reale Erkrankungshäufigkeiten

Diagnosen bzw. die auf der Basis von Routinedaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung berechnete Diagnoseraten 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, übernimmt, was allerdings bei Verwendung aktueller Praxissoftware ausgeschlossen sein sollte.

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 BARMER GEK-Daten zu etwa 300.000 fehlerhaft erfassten Diagnoseschlüsseln führen würden).

Vorteile von Diagnoseinformationen aus Routinedaten

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 als nahezu jede Primärerhebung zurückgreifen können.

Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen

Eine Möglichkeit für eine differenziertere systematische Darstellung zu ambulant vergebenen Diagnosen als die Auflistung der Diagnosen entsprechend ihrer Häufigkeit in der Gesamtpopulation 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 sieben 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 2010 in Deutschland mit 3,4 Mio. wie im Vorjahr 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 5 S. 50). Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick zu den 20 am häufigsten²³ vergebenen 3-stelligen ICD10-Schlüsseln unter Säuglingen und Kleinkindern. In der ersten Ergebnisspalte wird der prozentuale Anteil der innerhalb des Jahres 2010 von der genannten Diagnose betroffenen Säuglinge und Kleinkinder angegeben, die zweite Ergebnisspalte nennt die hochgerechnete absolute Zahl der Betroffenen in Deutschland 2010.

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 auch 2010 von "Akuten Infektionen ..." im Sinne der unspezifischen Diagnose J06 betroffen, bei mehr als einem Viertel der Kinder wurden jeweils eine "Akute Bronchitis" (J20), eine "Konjunktivitis" (H10), "Fieber unbekannter Ursache" (R50), eine nicht näher bezeichnete Viruskrankheiten (B34) oder eine eitrige Mittelohrentzündung (H66) diagnostiziert.

²³ 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 17 Häufige Diagnosen: Säuglinge/Kleinkinder 0 bis unter 5 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=3.408 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 4,2%	(%)	(in Tsd.)
1	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	85,69%	2.921
2	J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	58,28%	1.987
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	40,86%	1.393
4	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	30,47%	1.039
5	J20	Akute Bronchitis	29,20%	995
6	H10	Konjunktivitis	28,63%	976
7	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	27,96%	953
8	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	27,87%	950
9	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	25,71%	876
10	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	25,31%	863
11	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	20,27%	691
12	H65	Nichteitrige Otitis media	18,27%	623
13	R05	Husten	18,20%	620
14	Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	18,05%	615
15	B99	Sonst. u. nicht näher bez. Infektionskrankheiten	18,00%	614
16	J03	Akute Tonsillitis	16,41%	559
17	L30	Sonstige Dermatitis	15,88%	541
18	K52	Sonst. nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	15,86%	541
19	J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bezeichnet	15,74%	536
20	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	15,48%	527

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

Kinder, Altersgruppen 5 bis unter 15 Jahre

Die 5- bis unter 15-Jährigen, hier als Kinder bezeichnet, repräsentierten 2010 in Deutschland mit 7,57 Mio. bei sinkender Tendenz einen Bevölkerungsanteil von 9,3%. Die Anzahl der Arztkontakte bewegt sich in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern auf einem weitgehend übereinstimmenden und im Vergleich zu anderen Altersgruppen verhältnismäßig niedrigen Niveau (vgl. auch Abbildung 5 S. 50). Im Vergleich zum Kleinkindalter spielten 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). 22,6% der Kinder erhielten innerhalb des Jahres 2010 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.

Bei 9,7% der 5- bis unter 15-Jährigen wurde innerhalb des Jahres ein atopisches Ekzem (L20) dokumentiert, Asthma bronchiale (J45) betraf einen vergleichbar hohen Anteil. Bei 9,9% der Kinder wurden 2010 "Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache" (F80) diagnostiziert. Von entsprechenden Sprachstörungen waren nach hier nicht näher gezeigten Auswertungen in der allgemein verwendeten 5-Jahres-Altersgruppierung die 5- bis unter 10-Jährigen am stärksten betroffen: In dieser Altersgruppe wurde 2010 bei 14,1% der Mädchen und 19,7% der Jungen die Diagnose F80 dokumentiert.

Tabelle 18 Häufige Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=7.571 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 9,3%	(%)	(in Tsd.)
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	27,30%	2.067
2	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	22,62%	1.713
3	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	15,64%	1.184
4	J03	Akute Tonsillitis	12,89%	976
5	H50	Sonstiger Strabismus	12,14%	919
6	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	11,71%	887
7	J20	Akute Bronchitis	10,97%	831
8	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	10,92%	827
9	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	10,60%	802
10	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	10,41%	788
11	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10,28%	779
12	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,17%	770
13	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	9,91%	751
14	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	9,67%	732
15	J45	Asthma bronchiale	9,64%	730
16	H53	Sehstörungen	9,21%	697
17	B07	Viruswarzen	9,01%	682
18	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	8,90%	674
19	J02	Akute Pharyngitis	8,83%	669
20	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	8,77%	664

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

Jugendliche, Altersgruppen 15 bis unter 25 Jahre

Als Jugendliche sollen im Kontext dieser Auswertung 15- bis unter 25-Jährige verstanden werden, die 2010 mit 9,3 Mio. Personen einen Bevölkerungsanteil von 11,2% 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 5 S. 50) 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. Unter den aufgeführten, noch relativ häufigen, Diagnosen spielen akute und oftmals infektiöse Erkrankungen, wie schon in jüngeren Altersgruppen, 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 bezeichneten Diagnose T78 "Unerwünschte Nebenwirkungen" verbergen sich in der Regel nicht näher bezeichnete Allergien. Bemerkenswert erscheint, dass "Rückenschmerzen" (M54) unter männlichen Jugendlichen bereits Rang 3 der häufigsten Diagnosen einnahmen. Bei weiblichen Jugendlichen liegt die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung deutlich höher als bei männlichen Jugendlichen, wobei gynäkologische Themen (inklusive Krebsfrüherkennung) und Kontrazeption in diesem Alter eine entscheidende Rolle spielen. Gynäkologische Diagnosen dominieren die häufig gestellten Diagnosen, wodurch Erkrankungen, die bei männlichen Jugendlichen eine Rolle spielen, aus der Auflistung häufiger Diagnosen verdrängt werden. 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 19 Häufige Diagnosen: Männliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=4.703 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 11,7%	(%)	(in Tsd.)
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	19,44%	914
2	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,07%	520
3	M54	Rückenschmerzen	10,90%	513
4	H52	Akkommodationstörungen und Refraktionsfehler	10,32%	485
5	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	9,29%	437
6	L70	Akne	8,89%	418
7	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	8,78%	413
8	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	8,62%	405
9	J45	Asthma bronchiale	8,31%	391
10	J03	Akute Tonsillitis	7,67%	361
11	J20	Akute Bronchitis	7,16%	337
12	J02	Akute Pharyngitis	6,58%	310
13	J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bezeichnet	6,39%	300
14	R51	Kopfschmerz	5,77%	271
15	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,65%	266
16	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,64%	265
17	D22	Melanozytennävus	5,43%	255
18	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	5,28%	248
19	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,17%	243
20	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	5,10%	240

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

Tabelle 20 Häufige Diagnosen: Weibliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=4.489 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 10,9%	(%)	(in Tsd.)
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	69,61%	3.125
2	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten d. Vagina	36,66%	1.646
3	Z12	Spez. Verfahren z. Untersuchung a. Neubildungen	32,30%	1.450
4	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	29,88%	1.341
5	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	23,47%	1.054
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	17,66%	793
7	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	16,78%	753
8	L70	Akne	15,48%	695
9	M54	Rückenschmerzen	15,47%	695
10	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	14,77%	663
11	N76	Sonst. entzündliche Krankheit d. Vagina u. Vulva	12,77%	573
12	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,39%	511
13	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	11,31%	508
14	J03	Akute Tonsillitis	10,75%	483
15	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	9,79%	439
16	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9,61%	431
17	K52	Sonst. nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	9,46%	424
18	F45	Somatoforme Störungen	9,37%	420
19	J02	Akute Pharyngitis	9,34%	419
20	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	8,96%	402

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

Junge Erwachsene, Altersgruppen 25 bis unter 40 Jahre

Junge Erwachsene in der hier gewählten Abgrenzung von Altersgruppen repräsentierten 2010 mit 14,9 Mio. Personen bei sinkender Tendenz noch 18,2% der deutschen Bevölkerung.

Unter Männern im Alter zwischen 25 bis unter 40 Jahren sind "Rückenschmerzen" (M54) und "Akute Infektionen ..." (J06) die mit Abstand am weitesten verbreiteten Diagnosen, von der innerhalb des Jahres 2010 jeweils etwa 18% beziehungsweise 16% betroffen waren. 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 2010 bei 7,2% bzw. 4,8% der Männer dokumentiert wurden. Eine "Depressive Episode" (F32) wurde bei 5,4% und "Somatoforme Störungen" (F45) bei 5,2% der jüngeren Männer diagnostiziert und erreichten damit Rang 14 und 15 der häufigsten Diagnosen.

Unter jungen Frauen bilden die bereits in Bezug auf weibliche Jugendliche umrissenen "gynäkologischen" Diagnosen weiterhin einen Schwerpunkt. Eine zunehmende Bedeutung im jungen Erwachsenenalter zeigen auch unter Frauen Diagnosen von psychischen Störungen. Die Diagnose einer "Somatoformen Störung" (F45) wurde 2010 in diesem Alter innerhalb eines Jahres bei 13,5% der Frauen gestellt, die Diagnose "Depressive Episode" (F32) betraf 11,1% der Frauen.

Tabelle 21 Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=7.529 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 18,8%	(%)	(in Tsd.)
1	M54	Rückenschmerzen	18,43%	1.388
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	15,93%	1.199
3	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,90%	670
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7,23%	544
5	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,16%	539
6	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	7,10%	535
7	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis u. Kolitis	6,84%	515
8	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,53%	491
9	J20	Akute Bronchitis	6,44%	485
10	J45	Asthma bronchiale	6,04%	455
11	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5,98%	451
12	D22	Melanozytennävus	5,95%	448
13	J40	Bronchitis, nicht als akut o. chronisch bezeichnet	5,91%	445
14	F32	Depressive Episode	5,44%	410
15	F45	Somatoforme Störungen	5,20%	392
16	K29	Gastritis und Duodenitis	5,16%	388
17	J03	Akute Tonsillitis	4,99%	376
18	J32	Chronische Sinusitis	4,85%	365
19	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	4,80%	362
20	J02	Akute Pharyngitis	4,74%	357

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

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

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=7.324 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 17,6%	(%)	(in Tsd.)
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	65,56%	4.802
2	Z12	Spez. Verfahren z. Untersuchung a. Neubildungen	56,66%	4.149
3	N89	Sonst. nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	40,87%	2.993
4	M54	Rückenschmerzen	24,49%	1.793
5	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	19,07%	1.396
6	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	18,46%	1.352
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	18,21%	1.333
8	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	15,78%	1.156
9	N76	Sonst. entzündliche Krankheit d. Vagina u. Vulva	15,72%	1.151
10	F45	Somatoforme Störungen	13,51%	990
11	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,18%	819
12	F32	Depressive Episode	11,10%	813
13	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,92%	799
14	N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	10,80%	791
15	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	10,70%	784
16	D22	Melanozytennävus	10,54%	772
17	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	10,39%	761
18	N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	9,92%	727
19	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9,17%	672
20	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	8,94%	655

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

Erwachsene, Altersgruppen 40 bis unter 65 Jahre

Erwachsene im Alter zwischen 40 bis unter 65 Jahre repräsentierten 2010 mit 36,5% bzw. 29,8 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: 31,6%), Fettstoffwechselstörungen (E78: 24,8%), "Adipositas" (starkes Übergewicht, E66: 9,0%) sowie der Typ-II-Diabetes (E11: 8,5%). Die hier für 2010 angegebenen Werte lagen alle über den für 2009 ermittelten Ergebnissen (vgl. BARMER GEK Arztreport 2011). Relativ häufig werden bereits auch 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 weiter zunehmende Bedeutung. "Klimakterische Störungen" (N95), also Beschwerden in den Wechseljahren, werden in den genannten Altersgruppen bei knapp einem Viertel aller Frauen explizit als Diagnose erfasst. Schilddrüsenvergrößerungen (E04) betreffen 17,5% der Frauen, "Depressive Episoden" (F32) 17,3%. Ausgesprochen häufig werden auch bei Frauen Erkrankungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren diagnostiziert (Hypertonie, I10: 28,3%; Fettstoffwechselstörungen, E78: 20,0%).

Tabelle 23 Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=15.038 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 37,5%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	31,61%	4.753
2	M54	Rückenschmerzen	27,79%	4.179
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	24,81%	3.730
4	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	16,20%	2.435
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	14,30%	2.150
6	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	10,67%	1.604
7	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	10,49%	1.577
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	10,02%	1.507
9	Z12	Spez. Verfahren z. Untersuchung a. Neubildungen	9,67%	1.454
10	F32	Depressive Episode	9,10%	1.368
11	E66	Adipositas	9,00%	1.353
12	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	8,70%	1.308
13	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	8,65%	1.301
14	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	8,53%	1.282
15	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,42%	1.267
16	M47	Spondylose	8,32%	1.251
17	F45	Somatoforme Störungen	7,81%	1.175
18	N40	Prostatahyperplasie	7,76%	1.168
19	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	7,53%	1.132
20	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	7,21%	1.084

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

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

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=14.827 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 35,6%	(%)	(in Tsd.)
1	Z12	Spez. Verfahren z. Untersuchung a. Neubildungen	54,15%	8.028
2	M54	Rückenschmerzen	34,93%	5.179
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	28,32%	4.199
4	N89	Sonst. nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	26,50%	3.929
5	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	26,40%	3.914
6	N95	Klimakterische Störungen	24,47%	3.628
7	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	22,49%	3.335
8	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	19,99%	2.964
9	E04	Sonstige nichttoxische Struma	17,46%	2.589
10	F32	Depressive Episode	17,32%	2.568
11	Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16,94%	2.512
12	F45	Somatoforme Störungen	16,29%	2.415
13	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	13,79%	2.045
14	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	13,65%	2.024
15	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	13,54%	2.008
16	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	12,63%	1.873
17	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	12,59%	1.867
18	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	12,53%	1.858
19	N76	Sonst. entzündliche Krankheit d. Vagina u. Vulva	11,10%	1.645
20	E66	Adipositas	11,09%	1.644

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

Ruhestandsalter, 65 bis unter 80 Jahre

In Deutschland lebten 2010 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 fand sich bei 25,6% der Männer und 17,9% der Frauen. Die Diagnose einer ischämischen bzw. koronaren Herzerkrankung im Sinne des Diagnoseschlüssels I25 wurde bei 28%, also bei mehr als einem Viertel der Männer dokumentiert.

Auch Augenerkrankungen zählen bei beiden Geschlechtern zu häufig genannten Diagnosen, wobei zunächst insbesondere den Katarakten eine steigende Bedeutung zukommt. Eine Prostatavergrößerung (N40) wird bei gut einem Drittel aller Männer (2010: 36,8%) dokumentiert.

Bei Frauen wurde auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Diagnose einer "Klimakterischen Störung" (N95) mit 34,0% noch ausgesprochen häufig vergeben. Eine "Osteoporose ohne pathologische Fraktur" (M81) wurde bei 20,0% der Frauen dokumentiert.

Tabelle 25 Häufige Diagnosen: Männliche Personen 65 bis unter 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=5.820 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 14,5%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	67,26%	3.915
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	47,79%	2.782
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	38,26%	2.227
4	N40	Prostatahyperplasie	36,80%	2.142
5	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	35,74%	2.080
6	M54	Rückenschmerzen	32,44%	1.888
7	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	28,05%	1.632
8	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	25,56%	1.487
9	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	21,57%	1.256
10	Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	19,68%	1.145
11	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	17,69%	1.030
12	M47	Spondylose	16,31%	949
13	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	16,03%	933
14	H25	Cataracta senilis	15,98%	930
15	H26	Sonstige Kataraktformen	15,87%	924
16	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	15,68%	913
17	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	15,39%	896
18	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	13,76%	801
19	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	13,36%	777
20	H53	Sehstörungen	13,27%	773

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

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

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=6.807 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 16,3%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	65,41%	4.452
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	47,99%	3.266
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	44,31%	3.016
4	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	42,35%	2.883
5	M54	Rückenschmerzen	41,20%	2.804
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	35,24%	2.399
7	N95	Klimakterische Störungen	33,98%	2.313
8	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	22,23%	1.513
9	M47	Spondylose	21,36%	1.454
10	E04	Sonstige nichttoxische Struma	21,25%	1.446
11	I83	Varizen der unteren Extremitäten	20,39%	1.388
12	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	19,97%	1.359
13	Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	19,66%	1.338
14	H26	Sonstige Kataraktformen	19,29%	1.313
15	H25	Cataracta senilis	18,92%	1.288
16	F32	Depressive Episode	18,59%	1.265
17	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	17,93%	1.220
18	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	17,28%	1.176
19	F45	Somatoforme Störungen	16,93%	1.152
20	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	16,79%	1.143

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

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, aber wachsende Gruppe. Geschlechtsübergreifend stellten sie in Deutschland 2010 mit etwa 4,2 Mio. Personen einen Anteil von 5,2% der Bevölkerung. Bedingt durch eine geringere allgemeine Lebenserwartung, aber auch noch mitbeeinflusst durch Verluste im 2. Weltkrieg, bilden die 1,4 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 43,3%; Frauen 28,4%) sowie die Herzinsuffizienz (I50; Männer 22,4%; Frauen 24,5%). Die Angabe "Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten" (Z96) fand sich 2010 bei 27,5% der Männer und 31,8% der Frauen. Eine Prostatavergrößerung (N40) wurde bei 45,3% der Männer dokumentiert.

Die Diagnose einer Osteoporose wird bei Männern auch in dieser Altersgruppe eher selten vergeben. Unter hochbetagten Frauen fand sich die Diagnose M81 "Osteoporose ohne pathologische Fraktur" 2010 bei 29,7%, also bei deutlich mehr als einem Viertel aller Frauen. 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).

Von Augenerkrankungen im Sinne eines Kataraktes (H26, H25) oder Glaukoms (H40) sind hochbetagte Männer und Frauen annähernd gleichhäufig betroffen.

Tabelle 27 Häufige Diagnosen: Männliche Hochbetagte ab 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=1.379 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 3,4%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	73,80%	1.018
2	N40	Prostatahyperplasie	45,33%	625
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	44,05%	607
4	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	43,28%	597
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	42,29%	583
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	41,36%	570
7	M54	Rückenschmerzen	31,62%	436
8	Z96	Vorhandensein v. anderen funkt. Implantaten	27,45%	378
9	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	27,06%	373
10	H26	Sonstige Kataraktformen	26,43%	365
11	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	24,92%	344
12	I50	Herzinsuffizienz	22,38%	309
13	H25	Cataracta senilis	21,84%	301
14	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	21,53%	297
15	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	20,65%	285
16	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	20,04%	276
17	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	19,22%	265
18	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	19,18%	265
19	M47	Spondylose	17,86%	246
20	H40	Glaukom	17,56%	242

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

Tabelle 28 Häufige Diagnosen: Weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre

R.	ICD	Diagnose 3-stellig	Anteil Betroffene (%)	Betroffene D2010 (in Tsd.)
		Population n=2.864 Tsd.; Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 6,9%	(%)	(in Tsd.)
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	75,01%	2.148
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	44,82%	1.283
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	40,61%	1.163
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	37,53%	1.075
5	M54	Rückenschmerzen	35,65%	1.021
6	Z96	Vorhandensein v. anderen funkt. Implantaten	31,78%	910
7	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	29,74%	852
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	28,35%	812
9	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	27,01%	774
10	H26	Sonstige Kataraktformen	26,59%	762
11	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	25,64%	734
12	I50	Herzinsuffizienz	24,51%	702
13	F32	Depressive Episode	22,29%	638
14	I83	Varizen der unteren Extremitäten	22,04%	631
15	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	21,52%	616
16	M47	Spondylose	20,36%	583
17	H25	Cataracta senilis	19,63%	562
18	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	18,28%	524
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	17,74%	508
20	H40	Glaukom	17,32%	496

Basis: BARMER GEK-Daten 2010; stand. D2010

3.9 Untersuchungen zur Früherkennung

An dieser Stelle soll auf Ergebnisse zur Dokumentation von spezifischen EBM-Ziffern in den ärztlichen Abrechnungsdaten eingegangen werden, die ein differenziertes Bild zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen innerhalb des Jahres 2010 liefern kann.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (EBM 01730 und 01731)

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern zählen zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Welche Maßnahmen bei welchen Versicherten abgerechnet werden können, regeln die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen des Gemeinsamen Bundesausschusses²⁴. 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 mit der EBM-Ziffer 01730 erfasste 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. Die zytologische Untersuchung des Cervix-Abstrichs lässt sich dann noch gesondert über die Ziffer 01733 abrechnen. 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).

²⁴ Vgl. im Internet: <http://www.g-ba.de>

Die nachfolgende Abbildung zeigt die altersspezifische Häufigkeit der Abrechnung der beiden jährlich erstattungsfähigen Früherkennungsziffern 01730 bei weiblichen und 01731 bei männlichen Versicherten der BARMER GEK im Jahr 2010 (vgl. auch Tabelle A 6 Seite 215 im Anhang).

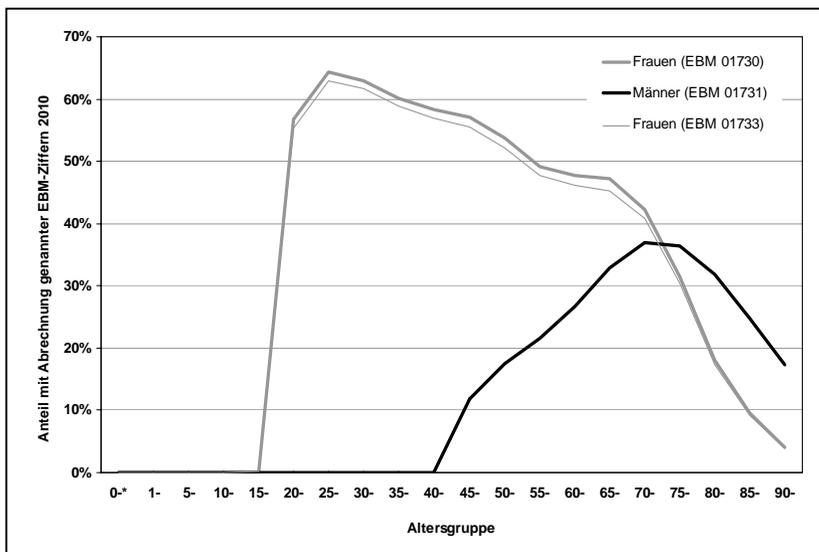


Abbildung 11 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen EBM 01730, 01731: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK)

Die Abrechnungshäufigkeit der EBM-Ziffer 01730 bei Frauen entspricht etwa der Dokumentationshäufigkeit des ICD-Diagnoseschlüssels Z12. Insbesondere bei jüngeren Frauen wird die Abrechnungsziffer noch etwas häufiger als die entsprechende ICD-Diagnose dokumentiert. Bei einem weit überwiegenden Teil der Untersuchungen im Sinne der Ziffer 01730 bei Frauen werden gesondert auch zytologische Untersuchungen der Cervix-Abstriche mit der Ziffer 01733 abgerechnet (vgl. Abbildung 11). In Bei Männern erfolgt die Abrechnung einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung im Sinne der Ziffer 01731 gut

50% häufiger als die Dokumentation der ICD10-Diagnose Z12, deren Angabe zur Abrechnung allerdings auch nicht vorgeschrieben ist. Unterstellt man vereinfachend vergleichbare Früherkennungsuntersuchungsfrequenzen bei privat versicherten Frauen, dürften 2010 nach Hochrechnung der BARMER GEK-Ergebnisse 41,0% aller Frauen in Deutschland (in absoluten Zahlen: 17,10 Mio. Frauen) entsprechend untersucht worden sein. Von den Männern nahmen nach entsprechenden Abschätzungen 11,4% beziehungsweise 4,57 Mio. an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung im Sinne der EBM-Ziffer 01731 teil.

Nach Auswertungen von GEK-Daten hatte die Untersuchungsbeteiligung bei Männern innerhalb der Jahre zwischen 2006 und 2009 – ausgehend von einem eher niedrigen Niveau – altersbereinigt kontinuierlich um 13,0% zugenommen. Bei Frauen war in diesem Zeitraum – ausgehend von einem traditionell deutlich höherem Niveau – lediglich eine Zunahme um 3,4% mit weitgehend übereinstimmenden Gesamtergebnissen 2008 und 2009 zu verzeichnen, wobei Untersuchungsraten bei jüngeren Frauen 2009 gegenüber dem Vorjahr tendenziell eher angestiegen und bei älteren Frauen tendenziell eher gesunken waren. Rückläufige Untersuchungszahlen im Zuge der Einführung der HPV-Impfung waren damit bei jüngeren Frauen nicht erkennbar.

Regionale Variationen Die nachfolgende Tabelle listet einheitlich geschlechts- und altersstandardisierte Angaben zu regionalen Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den 16 Bundesländern bei Frauen und Männern 2010. Die regional ermittelten Raten bei Frauen zeigen moderate Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen. 5% bis 11% unter den bundesweiten Ergebnissen liegen die Raten in Bayern, in Rheinland-Pfalz sowie im Saarland. In den neuen Bundesländern liegen die Untersuchungsraten durchgängig um etwa 10% höher als im Bundesdurchschnitt. Die Untersuchungsraten bei Männern zeigen auf Bundeslandebene stärkere Variationen. Die geringsten Raten auf Bundeslandebene zeigen sich bei Männern im Saarland, Schleswig-Holstein sowie in Bayern. Im Bundeslandvergleich hohe Werte lassen sich für Mecklenburg-Vorpommern errechnen.

Table 29 Krebsfrüherkennungsuntersuchungsraten in Bundesländern 2010
(BARMER GEK, D2010)

	Untersuchungsraten 01730 Frauen	Untersuchungsraten 01731 Männer
Schleswig-Holstein	40,31%	9,79%
Hamburg	39,83%	11,37%
Niedersachsen	39,75%	11,52%
Bremen	40,08%	11,79%
Nordrhein-Westfalen	40,36%	11,56%
Hessen	40,53%	11,49%
Rheinland-Pfalz	38,68%	10,68%
Baden-Württemberg	40,97%	12,94%
Bayern	39,02%	9,83%
Saarland	36,52%	8,91%
Berlin	41,94%	11,47%
Brandenburg	45,93%	12,39%
Mecklenburg-Vorpommern	44,75%	13,46%
Sachsen	46,99%	11,73%
Sachsen-Anhalt	43,90%	11,92%
Thüringen	44,40%	11,49%
Gesamt	41,05%	11,41%

Weitere Früherkennungsuntersuchungen

Drei weitere Abrechnungsziffern des EBM stehen im Zusammenhang mit der Früherkennung von **Darmkrebs**. Die EBM-Ziffer **01734** "Untersuchung auf Blut im Stuhl" bezeichnet eine einfach durchzuführende Untersuchung auf Blutbestandteile im Stuhl. Ab einem Alter von 50 Jahren wird sie zunächst jährlich, ab 55 Jahre in zweijährigen Abständen erstattet, sofern in 10 vorausgehenden Jahren keine Koloskopie 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 11/2011). 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 im Abstand von 10 Jahren durchgeführt werden kann, wobei eine Untersuchung ab dem Alter von 65 Jahren immer als zweite Untersuchung zählt und nicht wiederholt werden kann. Die nachfolgende Abbildung zeigt die altersspezifische Abrechnungshäufigkeit der zuvor genannten Ziffern im Jahr 2010.

Die Zahlenwerte zur Abbildung finden sich in Tabelle A 7 auf Seite 216 im Anhang. Insbesondere in den unteren betroffenen Altersgruppen zwischen 50 und 69 Jahre werden Stuhluntersuchungen sowie Beratungen zur Darmkrebspiegelung häufiger bei Frauen als bei Männern abgerechnet, in höheren Altersgruppen sind Männer verhältnismäßig häufiger als Frauen betroffen. Die Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings wurde auch 2010 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 BARMER GEK-Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung dürften im Jahr 2010 etwa 255 Tsd. Koloskopien bei Frauen und ca. 249 Tsd. Koloskopien bei Männern als Screening-Untersuchung durchgeführt worden sein.

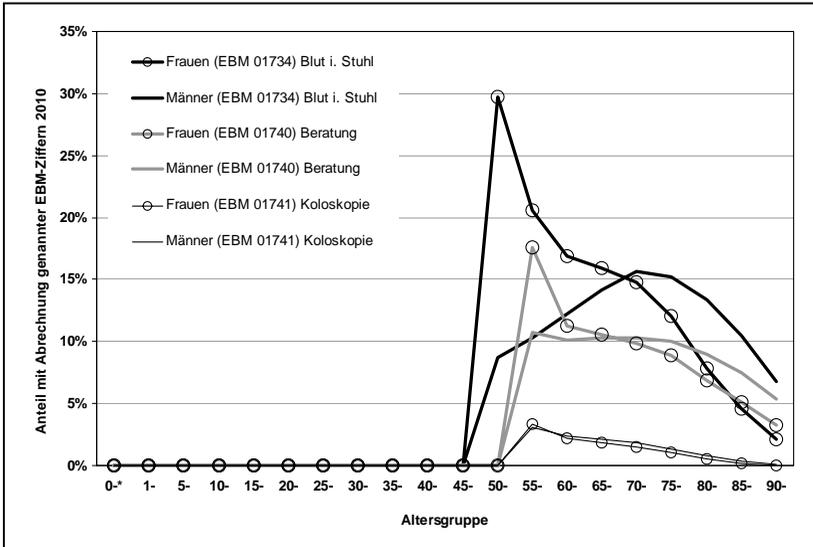


Abbildung 12 Früherkennungsleistungen Darmkrebs EBM 01734, 01740, 01741: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK)

Nach Auswertungen von GEK-Daten hatten die Untersuchungsteilnahmen an Maßnahmen zur Darmkrebsfrüherkennung sowohl bei Männern als auch bei Frauen bereits von 2008 auf 2009 abgenommen. Nach den vorliegenden Zahlen ist von einem weiteren Rückgang von 2009 auf 2010 auszugehen (vgl. Angaben im BARMER GEK Arztreport 2011 ab Seite 143 sowie auf Seite 265), wobei allerdings insbesondere im Hinblick auf die Koloskopie auch gewisse Sättigungseffekte eine Rolle spielen können, da grundsätzlich interessierte Versicherte eine entsprechende Untersuchung höchstens zwei mal im Leben durchführen lassen können.

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 bei Versicherten ab einem Alter von 35 Jahre abgerechnet werden.

Besser bekannt ist diese Untersuchung unter der Bezeichnung Check-up 35. 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. 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. Wird die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs im Rahmen des Check-up 35 durchgeführt, muss sie mit der Ziffer **01746** abgerechnet werden.

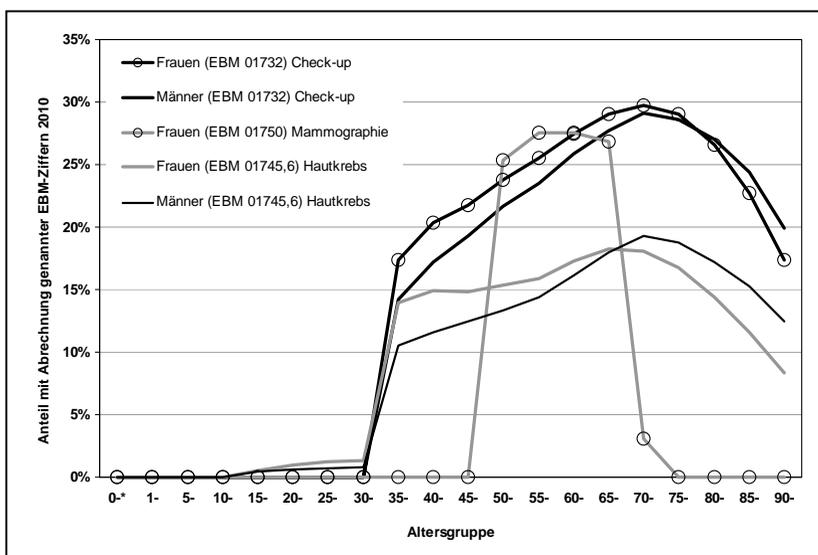


Abbildung 13 Früherkennungsleistungen EBM 01732, 01745-6, 01750 [nur Frauen]: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK)

Eine Übersicht zu altersspezifischen Anteilen von Versicherten, bei denen die zuvor genannten Ziffern im Jahr 2010 abgerechnet wurden, gibt Abbildung 13. Zahlenangaben finden sich in Tabelle A 8 Seite 217 im Anhang.

Eine "Gesundheitsuntersuchung" beziehungsweise der **Check-up 35** dürfte 2010 nach Hochrechnungen der BARMER GEK-Ergebnisse bei 5,5 Mio. männlichen und 6,6 Mio. weiblichen Personen der Bevölkerung durchgeführt worden sein. In den berechtigten Altersgruppen wurde die Untersuchung 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. Im Vergleich zum Vorjahr hat 2010 die Beteiligung am Check-up 35 damit tendenziell weiter zugenommen.

Die Angaben zum Mammographie- und Hautkrebs-Screening sollten vor dem Hintergrund der erst relativ kurzfristigen (bundesweiten) Etablierung noch etwas zurückhaltend interpretiert werden. Ein **Mammographie-Screening** wurde innerhalb des Jahres 2010 nach den vorliegenden Ergebnissen bei gut 25% der Frauen aus der anspruchsberechtigten Gruppe im Alter zwischen 50 und 69 Jahren abgerechnet. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Untersuchungsrate gestiegen. Berücksichtigt man, dass die Untersuchung in zweijährigen Abständen durchgeführt werden soll, wäre nach den aktuell vorliegenden Ergebnissen von einer Beteiligungsrate am Mammographie-Screening von gut 50% auszugehen.

Ein **Hautkrebs-Screening** im Sinne der EBM-Ziffern 01745 oder 01746 wurde 2010 mit altersabhängigen Variationen bei 8% bis 19% der Versicherten aus berechtigten Altersgruppen durchgeführt. Bezogen auf alle Altersgruppen waren 9,7% der Bevölkerung betroffen. Dieser Anteil entspräche unter Annahme vergleichbarer Screening-Untersuchungshäufigkeiten bei PKV-Versicherten einer Zahl von knapp 8 Mio. Personen in Deutschland.

4 Schwerpunkt: Kindergesundheit

Im Rahmen der diesjährigen Schwerpunktauswertungen befasst sich der BARMER GEK Arztreport mit dem Thema "Kindergesundheit". Fokussiert werden dabei Ergebnisse zu Inanspruchnahmen und Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung von **Kindern der Altersgruppen zwischen 0 bis unter 15 Jahre**. Das vorliegende Schwerpunktkapitel liefert Ergebnisse zu unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit und ambulanten Versorgung von Kindern aus den genannten Altersgruppen, die zum Teil auch für einzelne Altersjahre sowie nach weiteren Merkmalen differenziert dargestellt werden.

Methodische Hinweise zu den Schwerpunktauswertungen

Typischerweise erfolgen im Report Zuordnungen von Versicherten zu Altersgruppen ausschließlich nach dem Geburtsjahr, wobei das Alter als Differenz "Auswertungsjahr minus Geburtsjahr" berechnet wird. Effektiv werden damit bestimmte Geburtsjahrgänge zu Altersgruppen zusammengefasst und betrachtet²⁵. Um im Rahmen der Schwerpunktauswertungen exaktere Alterszuordnungen vornehmen zu können, konnte für jüngere Altersgruppen in den Schwerpunktauswertungen auf quartalsbezogene Zuordnungen von Geburtstagen zurückgegriffen werden. Zugleich wurde als Beobachtungszeitraum nicht ein Kalenderjahr, sondern jeweils ein individuell festgelegter Zeitraum von vier Quartalen, ausgehend vom Geburtsquartal, festgelegt. Um dabei Auswertungen über einen Zeitraum von vier Quartalen auch bei Kindern mit Geburt außerhalb eines ersten Kalenderquartals zu ermöglichen, wurden ggf. Beobachtungszei-

²⁵ *Um auch bei Neugeborenen im Auswertungsjahr vergleichbare Ergebnisse wie in anderen Altersgruppen zu gewährleisten und das Kriterium "mindestens je einen dokumentierten Versicherungstag in allen vier Quartalen des Jahres" zu erfüllen, beschränken sich die Routineauswertungen regelmäßig ausschließlich auf Neugeborene mit Geburt innerhalb des ersten Quartals eines Auswertungsjahres. Eine gewisse, bei kalenderjährlichen Auswertungen jedoch kaum zu umgehende Unschärfe der Altersgruppenaufteilung resultiert zudem daraus, dass Kinder, die erst kurz vor dem Auswertungsjahr geboren wurden, grundsätzlich bereits der nächsthöheren Altersgruppe der 1 bis unter 5-Jährigen zugeordnet werden, obwohl sie zu Jahresbeginn erst wenige Monate alt waren.*

ten und **Ereignisse sowohl aus dem Jahr 2009 als auch aus 2010** berücksichtigt²⁶. Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf Angaben zu Kindern, die in den vier individuell festgelegten Quartalen jeweils mindestens einen Tag nachweislich (und effektiv damit im betrachteten Auswertungszeitraum durchschnittlich mehr als 99% des betrachteten Jahreszeitraums) bei der BARMER GEK versichert waren. Insgesamt konnten bei den Auswertungen Daten zu **n=1.059.212 Kindern** im Alter zwischen 0 und 14 Jahren berücksichtigt werden. Abbildungen zum altersabhängigen Versorgungsgeschehen zeigen in der Regel auch Ergebnisse für Altersgruppen bis 19 Jahre und beruhen dabei auf Auswertungen zu insgesamt n=1.478.846 Kindern und Jugendlichen. Aufgrund der umfangreichen empirischen Basis können an vielen Stellen Ergebnisse in einer Differenzierung nach 1-Jahres-Altersgruppen präsentiert werden, die geschlechtsspezifisch jeweils auf Angaben zu mehr als 29 Tsd. Personen beruhen.

4.1 Allgemeine Inanspruchnahme

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich zunächst fachgruppenübergreifend mit der altersabhängigen Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch Kinder. Abbildung 14 zeigt, bezogen auf ein Jahr sowie alternativ bezogen auf ein Quartal²⁷, im Sinne von **Behandlungsraten** den Anteil derjenigen Kinder mit mindestens einem Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung (zu Zahlenangaben vgl. auch Tabelle A 9 auf Seite 218 im Anhang).

²⁶ Bei Kindern mit Geburt im dritten Quartal eines Jahres wurden beispielsweise Ereignisse aus dem dritten und vierten Quartal 2009 sowie aus dem ersten und zweiten Quartal 2010 berücksichtigt.

²⁷ Ausgewertet wurde jeweils das vierte Quartal im genannten Altersjahr.

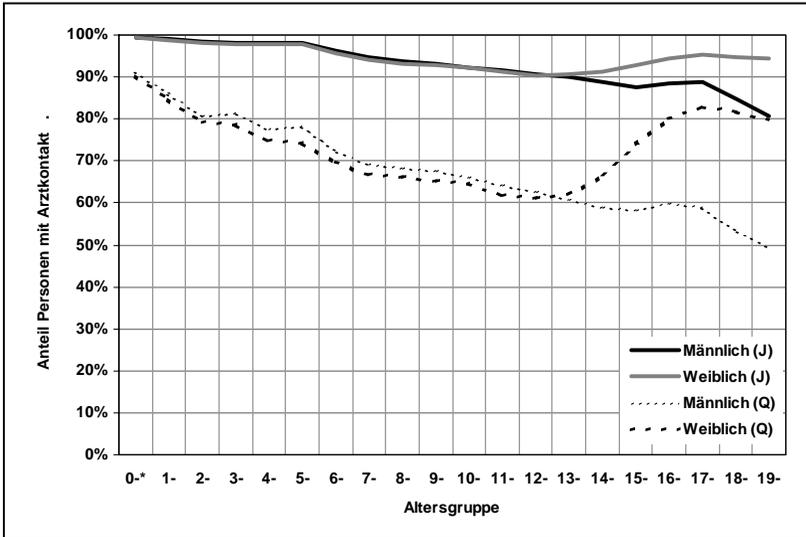


Abbildung 14 Anteil Kinder mit Arztkontakt innerhalb eines Jahres bzw. Quartals nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)

Innerhalb der ersten sechs Lebensjahre (also bis zum Alter von fünf Jahren) hatten in allen Altersgruppen nachweislich mindestens 97,7% jährlich mindestens einen Kontakt zur ambulanten Versorgung. Bis zum Alter von 13 Jahren sinkt dieser Anteil bei beiden Geschlechtern auf etwa 90%. Während die Werte bei weiblichen Jugendlichen schließlich wieder höher liegen, sinken sie bei männlichen Jugendlichen tendenziell weiter ab.

Deutlichere geschlechts- und altersabhängige Unterschiede zeigen sich bei der quartalsbezogenen Auswertung bei einem insgesamt erwartungsgemäß merklich niedrigeren Wertenniveau. Offensichtlich wird die dezent, aber durchgängig höhere altersspezifische Kontaktrate von Jungen im Vergleich zu Mädchen bis zum Alter von 12 Jahren. Erst in höheren Altersgruppen kehrt sich das Verhältnis um.

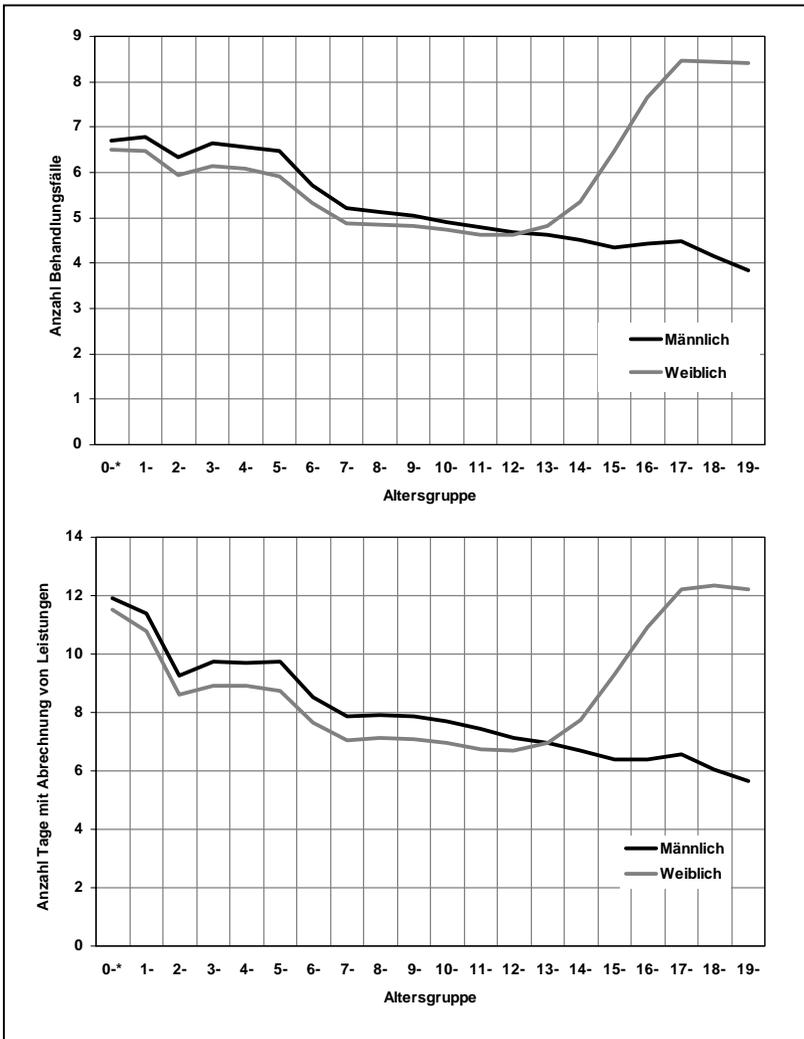


Abbildung 15 Anzahl Behandlungsfälle und Tage mit Leistungsabrechnung bei Kindern nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)

Höhere Inanspruchnahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung bei Jungen im Alter von zwei bis zu zwölf Jahren im Vergleich zu Mädchen zeigen auch Auswertungen zu durchschnittlichen jährlichen Abrechnungs- bzw. **Behandlungsfallzahlen** sowie zur durchschnittlichen Anzahl der **Tage mit Abrechnung von Leistungsziffern** im Sinne des EBM pro Jahr und Kind (vgl. Abbildung 15 auf Seite 130 sowie Tabelle A 10 auf Seite 219 im Anhang).

Die unterschiedlich intensiven ambulanzärztlichen Behandlungen von Jungen und Mädchen führen schließlich auch zu unterschiedlichen approximativen **Behandlungskosten** (vgl. Abbildung 16 auf Seite 132). Im Alter zwischen fünf und zehn Jahren verursachen Jungen Behandlungskosten, die durchschnittlich etwa 50 Euro über denen von gleichaltrigen Mädchen liegen. Altersstandardisierte Behandlungskosten bezogen auf die Gesamtgruppe der 0 bis unter 15-Jährigen liegen bei Jungen mit durchschnittlich 304 Euro um 32 Euro über denen bei Mädchen mit 272 Euro. Erst nach der Pubertät entfallen auf weibliche Jugendliche deutlich höhere Kosten als auf männliche Jugendliche.

Die intensivere ambulanzärztliche Behandlung von Jungen im Vergleich zu Mädchen geht insbesondere innerhalb der ersten Lebensjahre mit einer höheren durchschnittlichen **Zahl an unterscheidbaren Erkrankungsdiagnosen** (im Sinne von unterschiedlichen 3-stelligen ICD-Schlüsseln ausschließlich aus den ICD-Kapiteln 1 bis 17 oder 19) einher, wie in der unteren Grafik in Abbildung 16 deutlich wird.

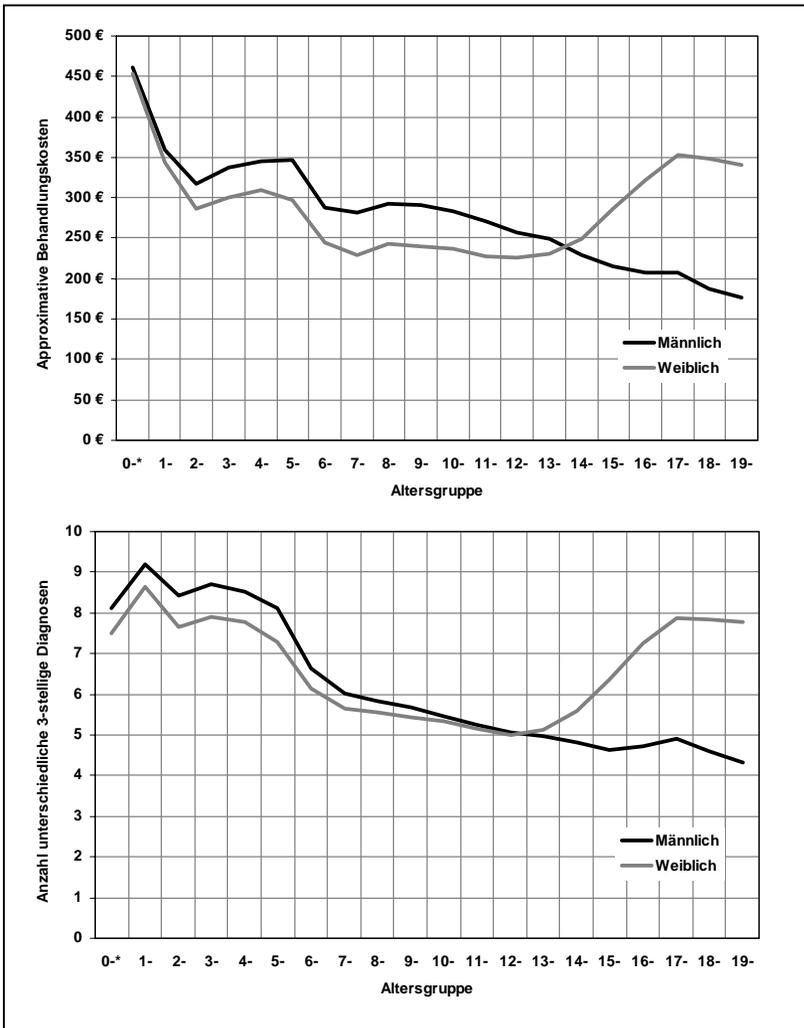


Abbildung 16 Approximative jährliche Behandlungskosten sowie Anzahl unterscheidbare Diagnosen [nur Kapitel 1-17 und 19] bei Kindern nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)

4.2 Versorgung durch Kinder- und Allgemeinärzte

Typischerweise sind für die ärztliche Grundversorgung von Kindern in Deutschland primär Kinderärzte (Pädiater) zuständig. Diese können Kinder und Jugendliche regulär bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres behandeln, in höherem Alter ist eine Weiterbehandlung durch Kinderärzte nur noch in Ausnahmefällen möglich. Eltern beziehungsweise Kinder und Jugendliche können grundsätzlich in jedem Alter jedoch alternativ auch eine Betreuung durch hausärztlich tätige Allgemeinmediziner wählen. Die hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner benötigen für die Behandlung von Kindern in Deutschland dabei in der Regel keine spezifischen Fort- oder Weiterbildungsnachweise, was von Vertretern der Kinderärzte gelegentlich kritisiert wurde²⁸.

Bei einer individuell getroffenen Wahl zwischen kinder- oder allgemeinärztlicher Betreuung dürften im Einzelfall sehr unterschiedliche Aspekte eine Rolle spielen. Einen wesentlichen Einfluss hat, neben der regionalen Erreichbarkeit, zweifelsohne das Alter. Gesundheitliche Probleme von Säuglingen und Kleinkindern und deren Präsentation unterscheiden sich merklich von denen bei Erwachsenen, weshalb häufig Kinderärzte als Spezialisten aufgesucht werden. Mit zunehmendem Alter nehmen diese Unterschiede ab. Spätestens ab der Pubertät dürfte schließlich auch die Einstellung der Jugendlichen selbst eine wesentliche Rolle spielen, die dann, zur Abgrenzung von der vormals eingenommenen "Kindrolle", häufiger zu einem Wechsel zur allgemeinärztlichen Versorgung tendieren dürften. Abbildung 17 zeigt zunächst die durchschnittliche Anzahl von Behandlungs- bzw. Abrechnungsfällen von Kindern und Jugendlichen bei Kinderärzten (Kin), hausärztlich niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten (Allg) sowie ergänzend auch die bei Gynäkologen (Gyn) in einzelnen Altersjahren. Zahlenwerte sind Tabelle A 12 auf Seite 221 im Anhang zu entnehmen.

²⁸ Vgl. z.B. *Ärztezeitung vom 09.07.2008 "Hausarzt oder Kinderarzt - Wer darf welche Patienten behandeln?"* http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/502340/hausarzt-kinderarzt-darf-welche-patienten-behandeln.html

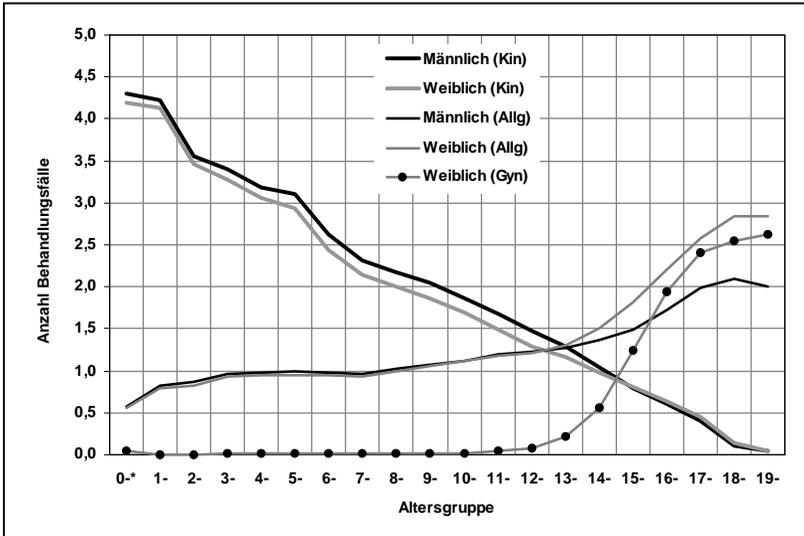


Abbildung 17 Anzahl Behandlungsfälle bei Kinderärzten [Kin], Allgemeinärzten (Allg) sowie Gynäkologen [Gyn] (BARMER GEK 2009/10)

Die höchsten jährlichen Behandlungsfallzahlen mit Werten knapp über 4 Fällen je Kind und Jahr finden sich bei Kindern innerhalb des ersten Lebensjahres (Altersgruppe 0 Jahre). Da eine Arztpraxis pro Quartal bei einem Patienten regulär nur maximal einen Behandlungsfall abrechnen kann, deuten diese Durchschnittswerte darauf hin, dass ein Teil der Kinder von mehreren Kinderärzten innerhalb eines Quartals betreut wurde (was allerdings beispielsweise auch im Rahmen von Urlaubsvertretungen der Fall sein kann). Bis zum Alter von 18 Jahren sinken die jährlich erfassten Behandlungsfallzahlen bei Kinderärzten weitgehend linear und ohne markante Brüche im Kurvenverlauf auf Werte nahe Null. Ein etwas beschleunigter Rückgang deutet sich jeweils nach Vollendung des zweiten und sechsten Lebensjahres an, der teilweise mit der Frequenz von U-Untersuchungen (U3 bis U9) zusammen hängen dürfte, die regulär vor Vollendung des sechsten Lebensjahres abgeschlossen sind.

Allgemeinärztliche Behandlungsfallzahlen zeigen einen entgegengesetzten altersabhängigen Verlauf wie die bei Kinderärzten. Die geringsten Werte werden mit durchschnittlich knapp über 0,5 Fällen im ersten Lebensjahr erfasst. Im 4. bis 9. Lebensjahr wird etwa ein Fall pro Jahr und Kind erfasst, anschließend steigen die Fallzahlen zunächst langsam. Ab einem Alter von 14 Jahren wird der Anstieg insbesondere bei weiblichen Jugendlichen stärker, bei denen zunehmend auch frauenärztliche Behandlungen eine Rolle spielen, die in der Abbildung ergänzend dargestellt werden.

Die zunächst dargestellten Auswertungen zu Behandlungsfallzahlen erlauben keine direkten Rückschlüsse auf eine **Verteilung der Fälle auf Versicherte**. Diese wird in Abbildung 18 dargestellt. Angegeben werden dort für einzelne Altersjahre diejenigen Anteile der Kinder, die innerhalb des Altersjahres von Kinderärzten (grau), von Kinderärzten und von Allgemeinmedizinern (dunkelgrau) oder nur von Allgemeinmedizinern (hellgrau) behandelt wurden. Der verbleibende Rest zu 100% entspricht dem Anteil der Kinder, bei denen von keiner der beiden Fachgruppen innerhalb des Altersjahres Behandlungen abgerechnet wurden. Zahlenangaben, auch getrennt für Jungen und Mädchen, finden sich in Tabelle A 13 auf Seite 222 im Anhang.

Innerhalb des ersten Lebensjahres hatten nach den vorliegenden Daten 96,3% der Kinder Kontakt zu einem Kinderarzt, darunter finden sich 21,6%, die auch von einem Allgemeinmediziner behandelt wurden. Lediglich 2,6% wurden hausärztlich ambulant ausschließlich von einem Allgemeinmediziner betreut, bei nur 0,8% wurde im Rahmen der ambulanten Versorgung weder durch einen Allgemeinmediziner noch durch einen Kinderarzt eine Leistung abgerechnet. Auch im 6. Lebensjahr wurden noch 89,1% der Kinder (auch) durch einen Kinderarzt betreut, mit weiter zunehmendem Alter sinkt dieser Anteil dann allerdings deutlich. Nach Vollendung des 13. Lebensjahres überstieg 2009/2010 der allgemeinärztliche den kinderärztlich betreuten Kinderanteil, wobei in diesem Alter noch 18,6% von beiden Arztgruppen betreut wurden.

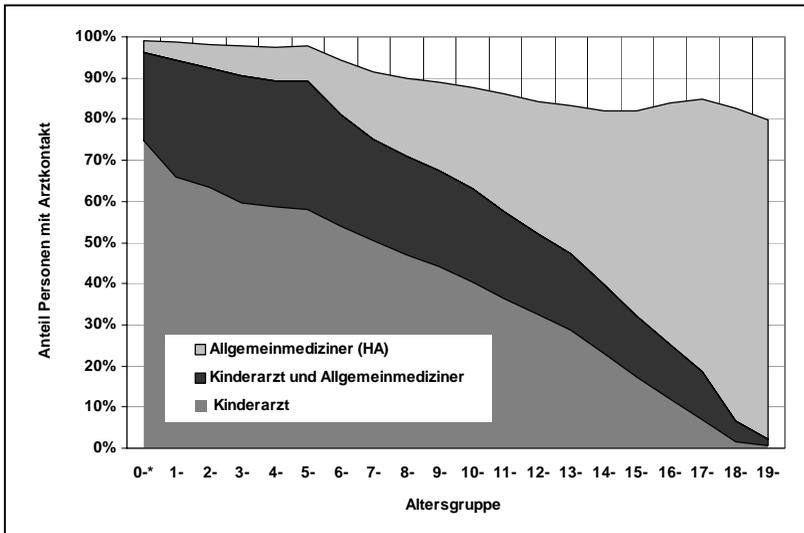


Abbildung 18 Anteil Kinder mit Behandlung bei Kinderärzten, Allgemeinärzten oder beiden Gruppen (BARMER GEK 2009/10)

Regionale Variationen

Während eine Aufteilung der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen zwischen Kinder- und Allgemeinärzten in höheren Altersstufen vielfältigen Einflüssen unterliegen kann, dürfte die ambulante Versorgung von Kindern bis zum Alter von 5 Jahren maßgeblich von der regionalen Versorgungssituation mitbeeinflusst werden. Bis zu diesem Alter sollten und werden zudem auch gesunde Kinder im Rahmen von U-Untersuchungen regelmäßig von einem Arzt gesehen, weshalb bei fehlenden Arztkontakten nicht vorrangig eine gute Gesundheit der Kinder als mögliche Ursache diskutiert werden muss. Vor diesem Hintergrund sollte eine hohe Rate von kinderärztlich betreuten Kindern ein Indikator für eine relativ gute regionale Erreichbarkeit und Versorgung mit Kinderärzten sein. Umgekehrt kann ein höherer Anteil von Kindern ohne Kontakt zu einem Kinderarzt innerhalb eines Lebensjahres bis zum Alter

von 5 Jahren auf einen relativen Mangel an Kinderärzten hindeuten. Entsprechende prozentuale Anteile auf Bundeslandebene sind in der nachfolgenden Abbildung 19 ausgewiesen (vgl. jeweils die Zahlenangaben zu den einzelnen Ländern in Klammern). Mit positivem oder negativem Vorzeichen werden in der Abbildung zudem die relativen Abweichungen der Anteile von „nicht kinderärztlich betreuten Kinder“ von bundesweit ermittelten Ergebnissen angegeben.

Der Anteil der Kinder ohne kinderärztliche Betreuung innerhalb eines Jahres variiert auf Bundeslandebene bei den hier betrachteten 0- bis 5-Jährigen zwischen 3,0% in Bremen und 15,9% in Mecklenburg-Vorpommern. Raten oberhalb von 10% lassen sich auch für Niedersachsen, Sachsen-Anhalt sowie Bayern ermitteln. Für relativ gut erreichbare Kinderärzte sprechen demgegenüber, neben der bereits genannten geringen Rate aus Bremen, Anteile um 5% aus Hamburg, Berlin, dem Saarland und Nordrhein-Westfalen, die jeweils mehr als 30% unter dem bundesdurchschnittlichen Anteil von 8,0% liegen.

Entsprechende Ergebnisse mit einer Gliederung auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten²⁹ zeigt Abbildung 20. Offensichtlich werden in der Darstellung teilweise recht heterogene Muster, wobei niedrige Werte (helle Bereiche im Sinne einer guten Erreichbarkeit) häufiger in städtischen Regionen imponieren. Statistisch lässt sich ein entsprechender Zusammenhang im Sinne von Stadt-Land-Unterschieden durch eine relevante (und hochsignifikante) Korrelation zwischen der aktuellen Bevölkerungsdichte (in Einwohner je km²) und den ermittelten regionalen Abweichungen der Anteile von Kindern ohne Kinderarztkontakt belegen³⁰.

²⁹ Farblich bzw. durch Grautöne dargestellt werden in der Abbildung relative Abweichungen beobachteter von geschlechts- und altersabhängig in einzelnen Kreisen erwarteten Werten (vgl. auch Erläuterungen zur indirekten Standardisierung im Anhang).

³⁰ Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman beträgt -0.69 ($p < .0001$); je höher die Bevölkerungsdichte eines Kreises ist, um so niedriger liegt tendenziell der Anteil der Kindern ohne Kinderarztkontakt innerhalb des Beobachtungsjahres.

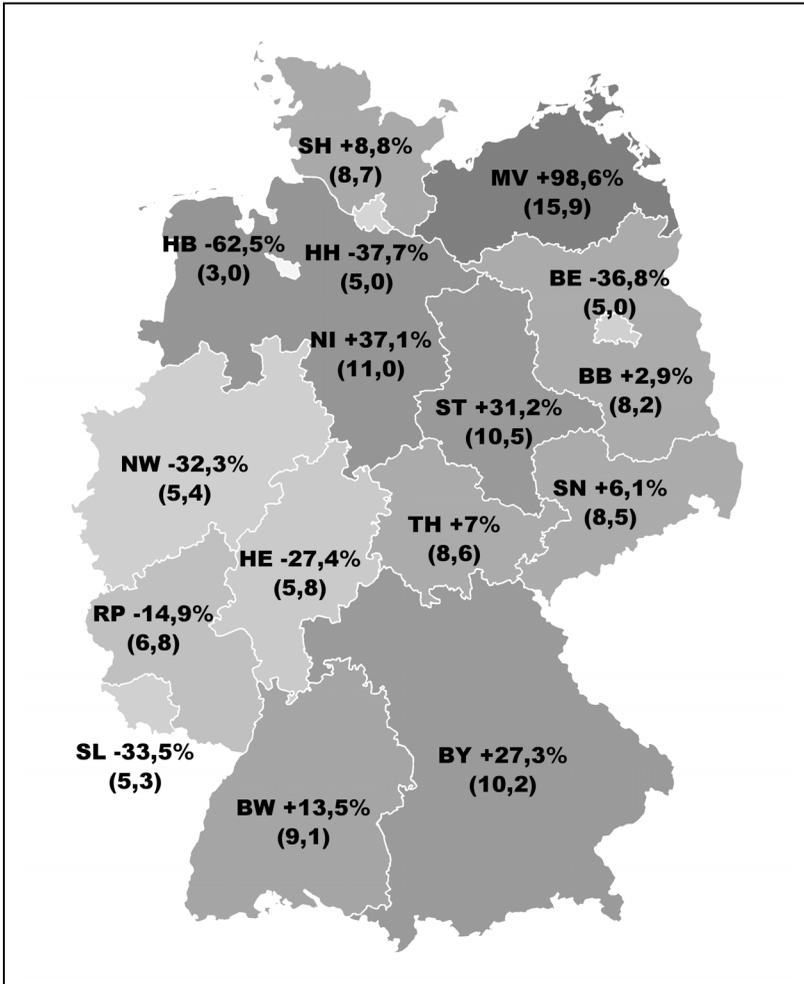


Abbildung 19 Anteil Kinder 0-5J ohne Behandlung bei Kinderärzten in Bundesländern (BARMER GEK 2009/10, D2010-1J)

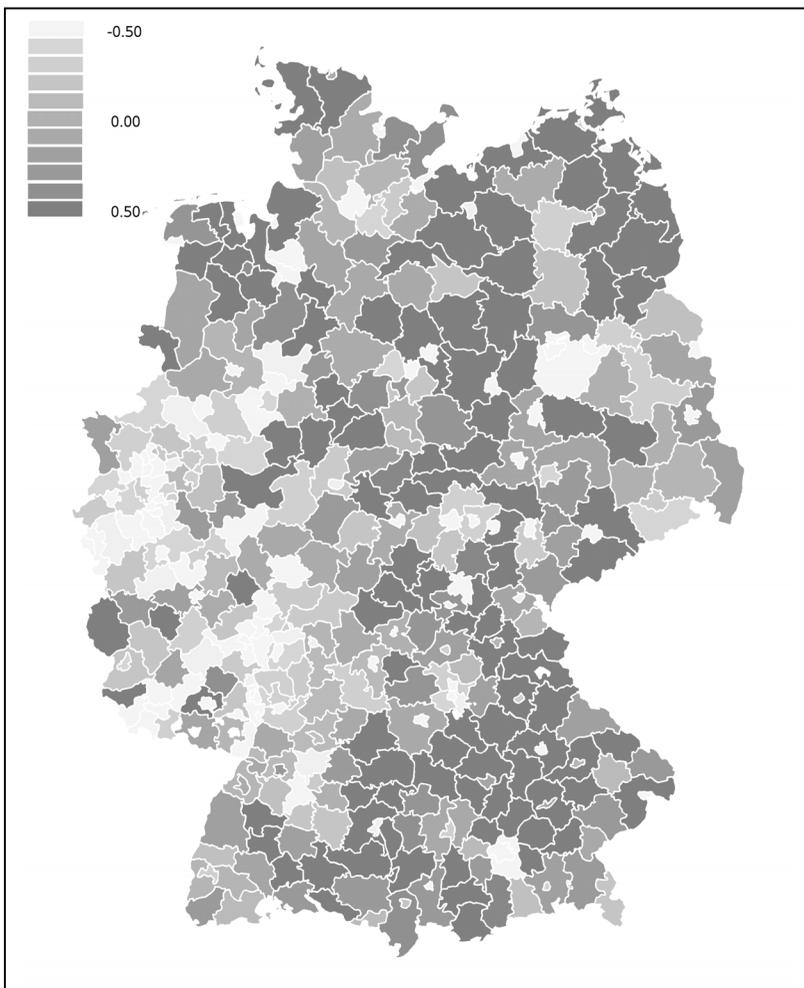


Abbildung 20 Anteil Kinder 0-5J ohne Behandlung bei Kinderärzten in Kreisen
(BARMER GEK 2009/10, indirekt stand.)

Erläuterung: Graustufungen entsprechend der Legende von *hell bei Unterschreitung* erwarteter Werte um 50% oder mehr bis *dunkel bei Überschreitung* erwarteter Werte um 50% oder mehr, vgl. auch methodische Hinweise und Erläuterungen auf Seite 203.

4.3 Versorgung durch andere Fachärzte

Neben den Kinder- und Allgemeinärzten sind an der ambulanten ärztlichen Betreuung von Kindern erwartungsgemäß auch andere Fachgruppen in einem bedeutsamen Umfang beteiligt. Einen ersten Überblick zur Bedeutung einzelner Fachgruppen bei der Betreuung von Kindern liefert Abbildung 21. Für die Darstellungen im vorliegenden Kapitel wurde dabei eine im Vergleich zum Vorgehen bei anderen Auswertungen und Darstellungen des Reportes abweichende Zuordnung von Fachgruppen vorgenommen (s.u.).

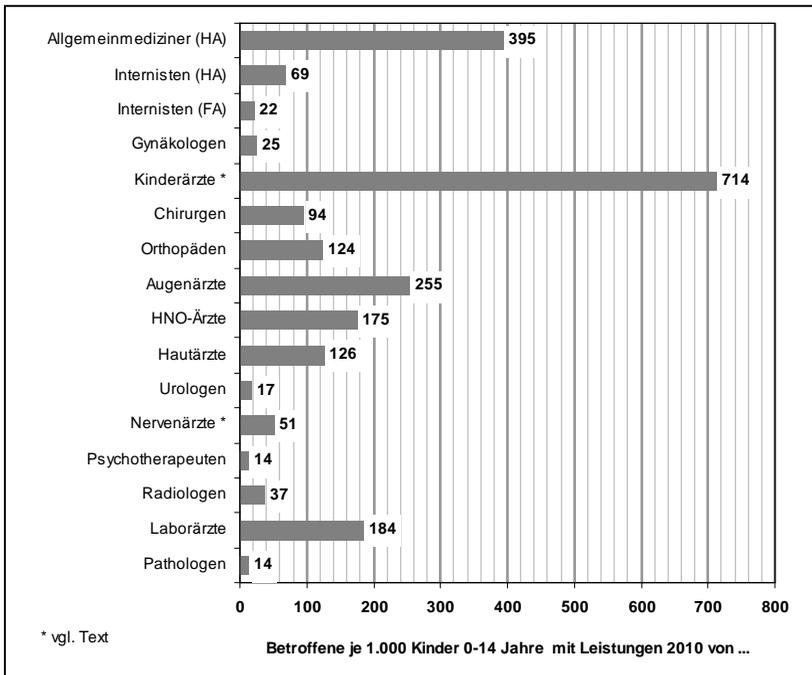


Abbildung 21 Kinder 0-14 Jahre mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherte 2009/2010 (BARMER GEK, D2010-1J)

Während im Report routinemäßig Fachärzte für Neuropädiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie der übergeordneten Gruppe "Kinderärzte" zugeordnet sind (vgl. Zuordnung der Fachgruppen 38, 44 und 47 in Tabelle A 5 auf Seite 211 im Anhang), werden sie für Darstellungen im vorliegenden Kapitel der Gruppe "Nervenärzte" zugeordnet, die sonst lediglich neurologisch und psychiatrisch/psychotherapeutisch tätige Ärzte ohne eine Spezialisierung auf Kinder umfasst. Angegeben wird in der Abbildung 21 – bezogen auf jeweils 1.000 Kinder im Alter zwischen 0 bis 14 Jahren – die Zahl derjenigen Kinder, die eine genannte Fachgruppe innerhalb eines Jahres mindestens einmalig aufsuchten.

Nach Kinderärzten und Allgemeinmedizinern werden Augenärzte am häufigsten kontaktiert. 255 von 1.000 (beziehungsweise 25,5%) aller Kinder wurden innerhalb eines Jahres mindestens einmalig von einem Augenarzt behandelt oder untersucht. Gemessen an den Kontaktraten folgen als häufig behandelnde Fachdisziplinen HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden und Chirurgen.

Beschränkt auf diese häufig behandelnden Fachdisziplinen zeigt Abbildung 22 altersspezifische Kontaktraten. Zahlenangaben, auch getrennt für Jungen und Mädchen, sind den Tabellen im Anhang ab Seite 223 zu entnehmen. Die höchsten altersspezifischen Kontaktraten lassen sich für **HNO-Ärzte** ermitteln, die von 31,6% der Kinder im Alter von 4 Jahren (bzw. innerhalb des 5. Lebensjahres) kontaktiert wurden. Dabei dürften sowohl Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln als auch Mittelohrentzündungen und –ergüsse eine entscheidende Rolle spielen. Im fortgeschrittenen Grundschulalter kontaktiert demgegenüber nur noch ein etwa knapp halb so großer Anteil der Kinder einen HNO-Arzt.

Kontaktraten zu **Augenärzten** steigen nach vorliegenden Daten aus den Jahren 2009 und 2010 zwischen dem zweiten und siebten Lebensjahr steil an und erreichen im Alter von 6 Jahren, also im Zeitraum der regulären Einschulung, ein Maximum von 30,8%, um nachfolgend mit zunehmendem Alter wieder langsam abzufallen. Auffällig erscheint der deutliche Rückgang der Be-

handlungsrate zwischen dem 18. und 19. Lebensjahr von 20,5% auf 14,7%. Möglicherweise könnte dabei eine Rolle spielen, dass nach Vollendung des 18. Lebensjahres auch von familienversicherten Jugendlichen eine Praxisgebühr entrichtet werden muss.

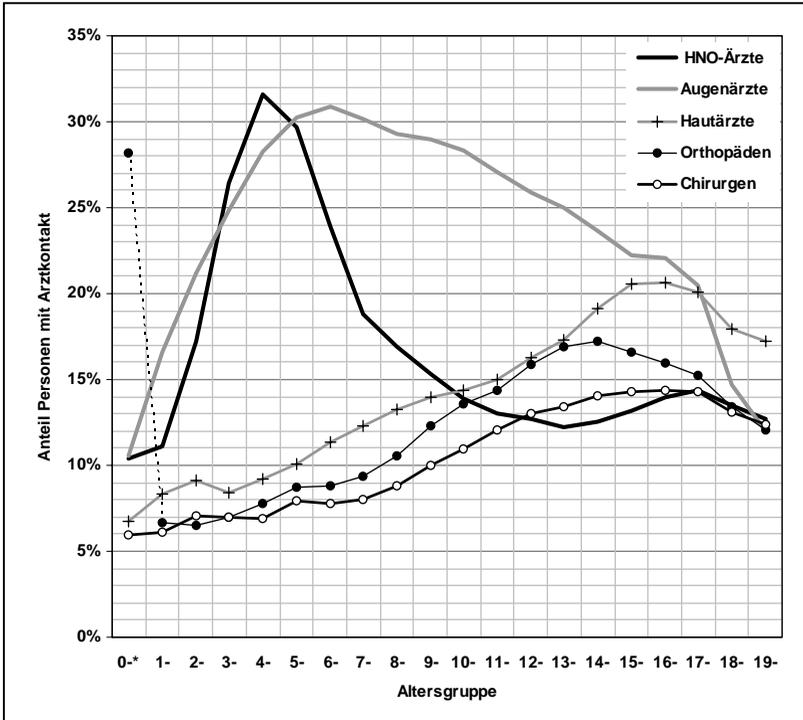


Abbildung 22 Anteil Kinder mit Behandlung bei ausgewählten Facharztgruppen (BARMER GEK 2009/10)

Hautärzte werden von Kindern mit zunehmendem Alter immer häufiger kontaktiert. Am stärksten betroffen sind Altersgruppen außerhalb des hier fokussierten Kindesalters, nämlich Jugendliche im Alter zwischen 15 und 17 Jahren, wobei das Thema Akne eine entscheidende Rolle spielen dürfte.

Einen Kontakt zum **Orthopäden** weisen mit 28,2% – und zeitlich begrenzt – Kinder am häufigsten im Geburtsjahr auf. Dabei dürfte es oftmals um die Abklärung einer möglichen Hüftgelenksfehlbildung sowie im geringeren Umfang auch um andere Deformitäten des Skelett-Systems wie der Wirbelsäule und des Schädels gehen.

Ambulant tätige **Chirurgen** werden häufiger von Jugendlichen als von Kindern kontaktiert. Da Verletzungen von Kindern, sofern sie nicht durch den Kinder- oder Hausarzt versorgt werden, häufig auch im Krankenhaus behandelt werden, sind Rückschlüsse aus den ambulanten chirurgischen Behandlungsraten auf Verletzungshäufigkeiten nicht möglich.

Behandlungsraten von Kindern bei zwei vergleichsweise eher selten kontaktierten Therapeutengruppen zeigt ergänzend Abbildung 23. Die beiden geschlechtsspezifisch dargestellten altersabhängigen Raten ähneln sich insofern, als dass vor Vollendung des 13. Lebensjahres Jungen häufiger als Mädchen eine entsprechende Therapeutengruppe kontaktierten, während sich bei Jugendlichen ein umgekehrtes geschlechtsspezifisches Verhältnis der Inanspruchnahme zeigt. So wurden Jungen im Alter um das zehnte Lebensjahr zu einem merklich höheren Anteil von einem **psychologischen Psychotherapeuten** als Mädchen behandelt, wobei sich in diesem Alter auf deutlich höherem Niveau ähnliche Relationen auch in Bezug auf die Behandlung durch **Neurologen und Psychiater** (inklusive ärztliche Psychotherapeuten sowie entsprechende, auf Kinder spezialisierte Fachgruppen) zeigen. Jugendliche Männer kontaktieren demgegenüber und im Vergleich zu Frauen nur selten psychologische Psychotherapeuten, ähnliches gilt für die Inanspruchnahme von Neurologen und Psychiatern. Zu einem Anstieg der Behandlungsraten kommt es bei Mädchen bzw. Frauen ab einem Alter von 14 Jahren, während bei Jungen in diesem Alter die Behandlungsraten rückläufig sind. Zahlenangaben sind Tabelle A 16 auf Seite 225 im Anhang zu entnehmen.

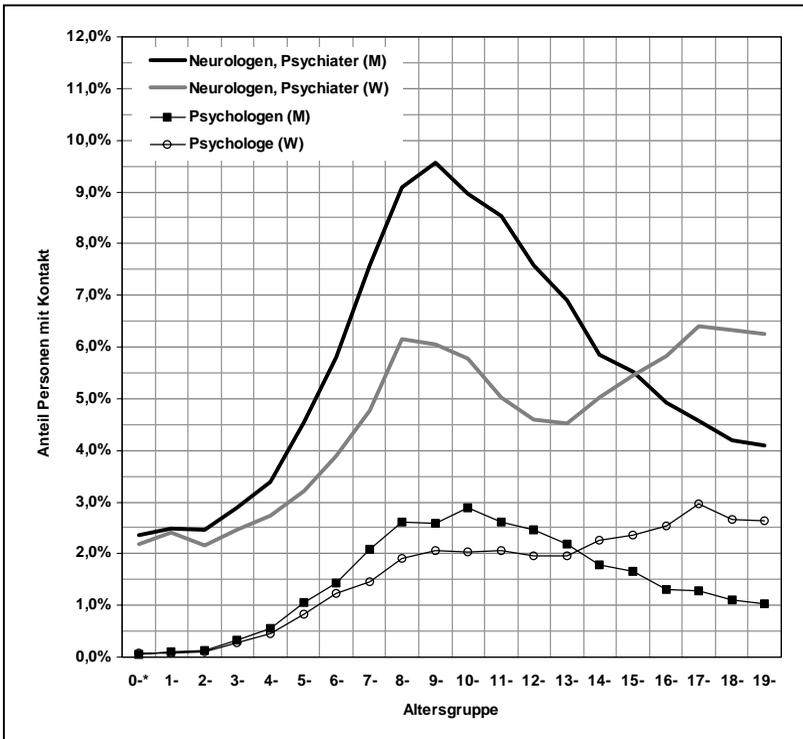


Abbildung 23 Anteil Kinder mit Behandlung bei Neurologen/Psychiater und Psychotherapeuten (BARMER GEK 2009/10)

4.4 U-Untersuchungen

Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kindern (EBM 01711 bis 01719, 01723)

Die sogenannten U-Untersuchungen bei Säuglingen und Kindern sind seit vielen Jahren etabliert und dürften, zumindest unter Eltern, zu den bekanntesten Vorsorgeuntersuchungen überhaupt zählen. Sie dienen der Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen bei heranwachsenden Kindern und sollen bei allen Kindern in bestimmten und untersuchungsabhängig unterschiedlich festgelegten Zeiträumen durchgeführt werden. Da für jede der U-Untersuchungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung eine spezielle EBM-Ziffer abgerechnet werden kann, lässt sich die Häufigkeit der Inanspruchnahme dieser Untersuchung auch in den hier betrachteten Routinedaten zur ambulanten ärztlichen Versorgung abbilden. Eine Ausnahme bilden dabei lediglich die ersten beiden U-Untersuchungen U1 und U2, die regulär bereits direkt nach der Geburt beziehungsweise am 3. bis 10. Tag nach Geburt durchgeführt werden sollen und insofern häufig noch im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes zur stationären Entbindung stattfinden. Entsprechend können diese beiden Untersuchungen oftmals nicht als ambulante Leistung abgerechnet werden.

Einen Überblick zu den regulär angebotenen U-Untersuchungen mit zugeordneten Abrechnungsziffern sowie Terminen liefert die nachfolgende Tabelle 30. Ergänzend werden auch zeitliche Abstände der Termine in Tagen nach der Geburt angegeben. In der letzten Spalte finden sich schließlich Angaben zur Zeitspanne der Geburtstage von Kindern, bei denen im Falle einer termingerechten Inanspruchnahme und fortbestehender Versicherung mit einer Dokumentation der entsprechenden Ziffern in den Leistungsdaten der Jahre 2008 bis 2010, die für die aktuellen Auswertungen zur Verfügung standen, zu rechnen gewesen wäre.

Table 30 Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kindern

Kürzel	EBM	Untersuchungszeitraum (Tage nach Geburt; höhere Werte mit Toleranz)	Geburtstage von Kindern mit regulärer Untersuchung in 2008 bis 2010
U1*	01711	direkt nach Geburt (0-1)	01.01.2008 – 30.12.2010
U2*	01712	3.-10. Lebenstag (2-10)	30.12.2007 – 21.12.2010
U3	01713	4.-5. Lebenswoche (21-35)	11.12.2007 – 26.11.2010
U4	01714	3.-4. Lebensmonat (59-123)	03.11.2007 – 30.08.2010
U5	01715	6.-7. Lebensmonat (150-215)	04.08.2007 – 30.05.2010
U6	01716	10.-12. Lebensmonat (270-370)	06.04.2007 – 26.12.2009
U7	01717	21.-24. Lebensmonat (600-740)	11.05.2006 – 21.12.2008
U7a**	01723	34.-36. Lebensmonat (1000-1100)	05.10.2006 – 27.12.2007
U8	01718	46.-48. Lebensmonat (1350-1470)	21.04.2004 – 22.12.2006
U9	01719	60.-64. Lebensmonat (1770-1960)	26.02.2003 – 19.08.2005

* wird bei stationärer Entbindung typischerweise bereits im Krankenhaus durchgeführt.

** Juli 2008 eingeführt, nur Kinder mit regulärer Untersuchung ab Mitte 2009 berücksichtigt.

Die regulär im Rahmen des Arztreportes betrachtete Untersuchungspopulation von Versicherten und ihre Aufteilung in Altersgruppen auf Basis von Angaben zum Geburtsjahr eignet sich nur sehr bedingt für Aussagen zur Inanspruchnahme der U-Untersuchungen, auch Quartalszuordnungen reichen nicht aus. Auswertungen zur termingerechten Inanspruchnahme von U-Untersuchungen erfordern eine zeitlich exakte Zuordnung der individuellen Beobachtungsphase zum Tag der Geburt, um missverständliche Ergebnisse zu vermeiden. Genaue Angaben zum Tag der Geburt standen für die nachfolgend präsentierten Auswertungen zu den Kindern zur Verfügung, die bereits zu einem frühen Zeitpunkt nach ihrer Geburt in der BARMER oder GEK beziehungsweise der BARMER GEK versichert waren. Die nachfolgenden Auswertungen beschränken sich auf pseudonymisierte Daten zu entsprechende Kindern, die zumindest zu Beginn des regulär vorgesehenen Zeitraums der jeweiligen U-Untersuchung noch nachweislich bei der BARMER GEK versichert waren und innerhalb der betrachteten Jahre 2008 bis 2010 keine zwischenzeitlichen Unterbrechungen ih-

res Versicherungsverhältnisses aufwiesen, wobei das Versicherungsintervall jedoch nicht die gesamte Zeitspanne umfassen musste³¹.

U1 und U2 Wie bereits angedeutet werden diese Vorsorgeuntersuchungen üblicherweise noch im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes nach der Entbindung durchgeführt. Bei Auswertungen von BARMER GEK-Daten zu den Jahren 2008 bis 2010 ließ sich für die U1 nach ambulanten Abrechnungen eine Untersuchungsrate von 4,03% ermitteln. 97,3% dieser Untersuchungen wurden direkt am Tag der Geburt abgerechnet, 1,5% am Folgetag. Die Abrechnungsangaben erscheinen vor diesem Hintergrund weit überwiegend plausibel. Zu welchen Teilen es sich bei den Geburten um Hausgeburten handelt, lässt sich ohne ergänzende Informationen und Auswertungen nicht sicher beurteilen. In einigen Fällen werden insbesondere U1- und U2-Untersuchungen auch über die Krankenversicherungsnummer der Mutter abgerechnet, da eine eigene Versicherungsnummer des neugeborenen Kindes noch nicht verfügbar ist. Entsprechende Fälle sind in den hier präsentierten Ergebnissen nicht berücksichtigt und dürften die berichteten Werte noch leicht erhöhen.

Eine U2-Untersuchung wurde innerhalb der ersten 20 Tage nach der Geburt bei 20,3% aller Kinder abgerechnet. Die Untersuchungen dürften insbesondere nach relativ kurzen Krankenhausaufenthalten angefallen sein, ein Teil dürfte Kinder nach ambulanter Geburt im Krankenhaus betreffen. Viele der Untersuchungen werden bereits am Tag 3 nach Geburt durchgeführt (vgl. Abbildung). Nur selten werden Untersuchungen noch mehr als 10 Tage nach Entbindung durchgeführt.

³¹ Zunächst wurden in einem ersten Schritt immer die Kinder mit Geburtstag aus der in Tabelle 30 untersuchungsspezifisch ausgewiesenen Zeitspanne ausgewählt. In einem zweiten Schritt wurde überprüft, ob die Kinder zu Beginn des möglichen Untersuchungszeitraums noch bei der BARMER GEK versichert waren (gemessen in Tagen nach der Geburt und entsprechend den jeweils kleineren Tagesangaben in der Tabelle). Die eigentlichen Ergebnisse bzw. Untersuchungsdaten wurden nachfolgend mit der Produktlimit-Methode bestimmt, mit der unvollständige Nachbeobachtungszeiten insbesondere durch zwischenzeitliche Beendigungen von Versicherungsverhältnissen adäquat im Sinne einer Zensurierung von Beobachtungen berücksichtigt werden können.

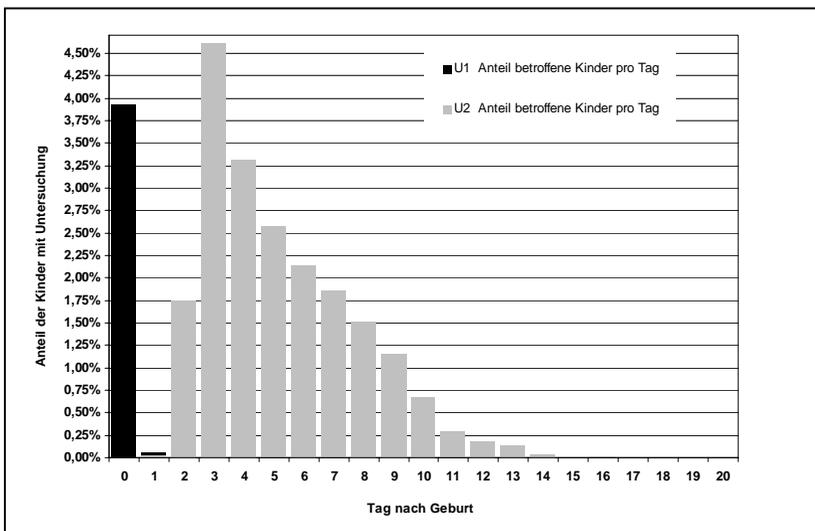


Abbildung 24 Anteil der Neugeborenen mit ambulanter Abrechnung einer U1- bzw. U2-Untersuchung an einzelnen Tagen nach Geburt (BARMER GEK 2008-2010; n=182.877 und n=181.688)

Alle weiteren U-Untersuchungen werden typischerweise im Rahmen der ambulanten Versorgung durchgeführt. Entsprechend finden sich auch nach Abrechnungsdaten erheblich höhere Untersuchungsdaten als bei der U1 und U2.

Die nachfolgende Abbildung zeigt zunächst Ergebnisse zur ambulanten Inanspruchnahme der **U3, U4 und U5**. Zahlenwerte sind der Tabelle A 18 auf Seite 227 im Anhang zu entnehmen. Dargestellt wird sowohl der Anteil der Kinder, für den innerhalb von einzelnen Wochen nach der Geburt eine entsprechende Leistung erbracht wurde als auch der kumulative Anteil bis einschließlich zur jeweiligen Woche.

Eine U3-Untersuchung wurde insgesamt bei 93,71% der Kinder ambulant durchgeführt (95%-Konfidenzintervall: 93,60% - 93,82%). Mit 40,9% und 26,3% die größten Anteile der Kinder wurden innerhalb der 5. und 6. Woche

nach der Geburt untersucht (Anteile bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder). U3-Untersuchungen nach Ende der 8. Woche sind sehr selten.

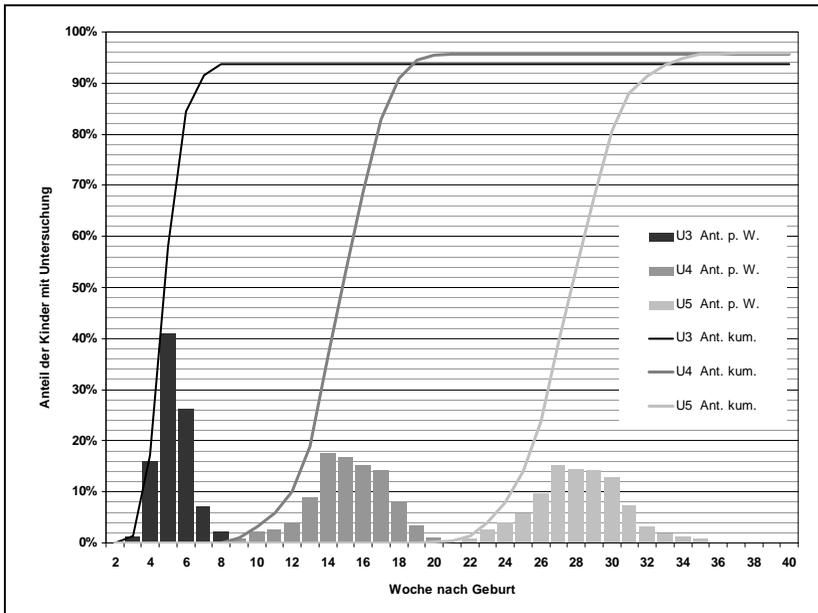


Abbildung 25 Anteil der Kinder mit ambulanter Abrechnung einer U3-, U4- bzw. U5-Untersuchung in Wochen nach Geburt (BARMER GEK 2008-2010; n=180.857, n=170.657 und n=170.230)

Die Teilnahme an einer ambulanten U4-Untersuchung wurde bei 95,67% der Kinder dokumentiert (95%-Konfidenzintervall: 95,57% - 95,77%). Die Teilnahme erfolgt nach den vorliegenden Daten in der Praxis typischerweise innerhalb der 13. bis 18. Woche nach Geburt, Untersuchungen nach Ende der 20. Woche sind selten. Die im Vergleich zur U3 noch etwas höhere Teilnehmerate könnte zumindest partiell dem Umstand geschuldet sein, dass sich einige Kinder nach Geburtskomplikationen oder Frühgeburt zum Zeitpunkt der U3 noch

im Krankenhaus befinden und insofern keine ambulant dokumentierte U3 erhalten.

Die Teilnehmerate in Bezug auf die U5 liegt mit insgesamt 95,85% nominell nochmals geringfügig höher als bei den vorausgehenden Untersuchungen (95%-Konfidenzintervall: 95,77% - 95,96%). Schwerpunktmäßig erfolgt die Untersuchung in der Praxis in der 23. bis 33. Woche nach Geburt, Untersuchungen nach der 35. Woche sind selten.

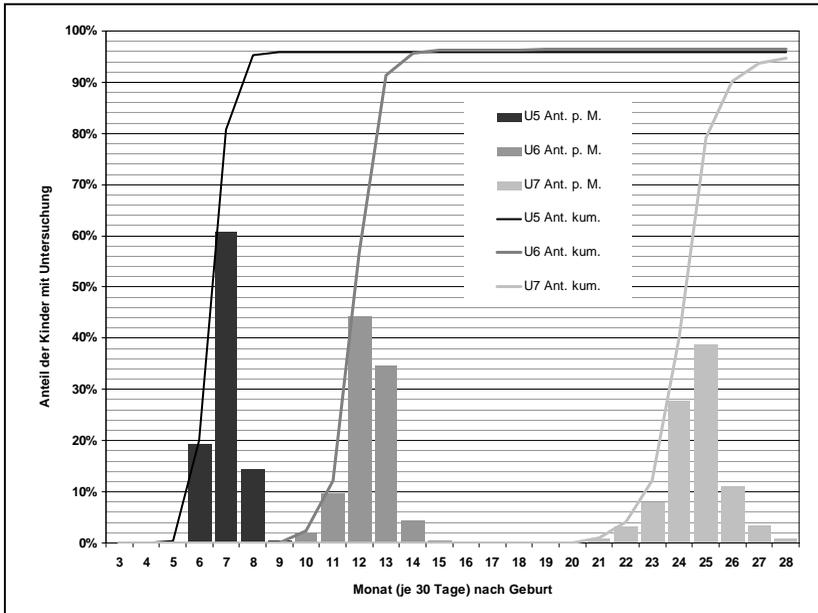


Abbildung 26 Anteil der Kinder mit ambulanter Abrechnung einer U5-, U6- bzw. U7-Untersuchung in Monaten nach Geburt (BARMER GEK 2008-2010; n=170.230, n=164.184 und n=159.310)

Ergebnisse zur U5-Untersuchung werden in Abbildung 26 erneut und dort gemeinsam mit Ergebnissen zu ambulanten Inanspruchnahmen der **U6- sowie U7-Untersuchungen** dargestellt. Ausgewiesen werden Inanspruchnahmen in-

nerhalb von einzelnen Monaten nach Geburt sowie kumulative Werte bis zum jeweils genannten Monat. Als Monate wurden hier (wie auch bei noch folgenden Darstellungen zur U7a, U8 und U9) einheitlich und vereinfachend jeweils 30-Tage-Zeiträume berücksichtigt.

Eine U6-Untersuchung wurde insgesamt bei 96,37% aller Kinder dokumentiert (95%-Konfidenzintervall: 96,27% - 96,46%; Werte zu einzelnen Monaten sind Tabelle A 20 auf Seite 230 im Anhang zu entnehmen). Ein überwiegender Teil der Untersuchungen wird in der Praxis im 10. bis 14. Lebensmonat durchgeführt. Die U7-Untersuchung wurde unter Berücksichtigung von Untersuchungen bis zum 32. Monat nach Geburt bei insgesamt 94,88% der Kinder ambulant durchgeführt (95%-Konfidenzintervall: 94,77% - 94,99%). Ein Hauptteil der Untersuchungen erfolgte im 22. bis 27. Monat nach Geburt.

Abschließend zeigt die nachfolgende Abbildung Ergebnisse zu den Untersuchungen **U7a, U8 und U9**. Adäquate Auswertungen zur J1-Untersuchung hätten die Berücksichtigung von Daten aus der ambulanten Versorgung über einen längeren Zeitraum als drei Jahre erforderlich gemacht, was im vorliegenden Report nicht möglich war.

Die U7a-Untersuchung wurde bundesweit erst im zweiten Halbjahr 2008 eingeführt, um den großen zeitlichen Abstand zwischen der U7 und U8 zu verringern. Vor diesem Hintergrund wurde bei Auswertungen zur Inanspruchnahme der Untersuchung durch eine weitere Beschränkung auf Kinder mit Geburt ab dem 5. Oktober 2006 lediglich ein Teil der regulär betroffenen Population berücksichtigt, womit die Anfangsphase der Einführung ausgeklammert wird. Dennoch wurde die U7a-Untersuchung auch im hier betrachteten Zeitraum, beginnend ein Jahr nach Einführung, noch merklich seltener als die bereits langfristig etablierten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen. Insgesamt lag die Untersuchungsrate bei 85,52% (95%-Konfidenzintervall: 85,25% - 85,79%; Zahlen zu einzelnen Monaten sind der Tabelle A 19 auf Seite 228 im Anhang zu entnehmen). Bei Auswertungen in vorausgehenden Jahren (ausschließlich auf Basis von GEK-Daten) lagen die Inanspruchnahmeraten allerdings mit Werten um 70% noch deutlich niedriger.

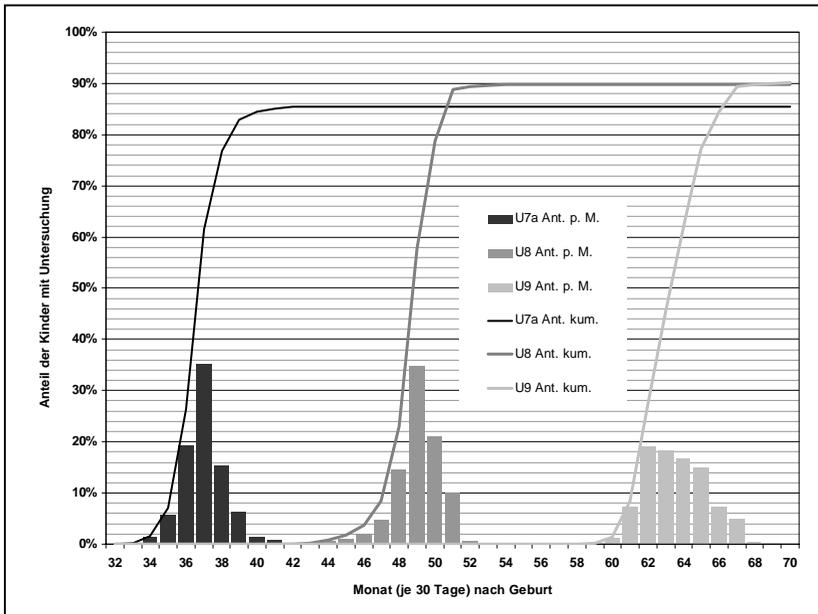


Abbildung 27 Anteil der Kinder mit ambulanter Abrechnung einer U7a-, U8- bzw. U9-Untersuchung in Monaten nach Geburt (BARMER GEK 2008-2010; n=75.590, n=164.590 und n=158.993)

U8- und U9-Untersuchungen wurden in den Jahren 2008 bis 2010 bei 89,86% (95%-Konfidenzintervall: 89,71% - 90,01%) sowie 90,10% (95%-Konfidenzintervall: 90,04% - 90,34%) der anspruchsberechtigten Kinder im Rahmen der ambulanten Versorgung durchgeführt beziehungsweise abgerechnet. Die Raten lagen damit signifikant niedriger als bei den Untersuchungen U3 bis U7. Aus Elternsicht dürften diese leicht rückläufigen Untersuchungsraten bei Kindern im Alter von 4 bis 5 Jahren wenig überraschend sein. Üblicherweise dürfte die Nähe zum Kinderarzt insbesondere in den allerersten Lebensjahren (und bei erstgeborenen Kindern) besonders eng sein. Zudem dürften Termine in größeren zeitlichen Abständen eher schlicht vergessen werden,

weshalb auch kassenseitigen Erinnerungsschreiben im Hinblick auf diese späteren Untersuchungen eine wesentlichere Bedeutung zukommen dürfte.

Durchführung von U-Untersuchungen nach Facharztgruppen

Wie sich bereits aus den Ausführungen zur fachärztlichen Versorgung von Kindern ab Seite 133 (insbesondere Abbildung 18, Seite 136) vermuten lässt, werden U-Untersuchungen weit überwiegend durch Kinderärzte durchgeführt. Von insgesamt knapp einer halben Million EBM-Ziffern im Sinne von U-Untersuchungen, die bei Versicherten der BARMER GEK im Jahr 2010 abgerechnet wurden, wurden 91,92% von Kinderärzten durchgeführt. Lässt man die U1-Untersuchung unberücksichtigt, lag der Anteil der kinderärztlichen Abrechnungen sogar noch etwas höher bei 92,35%. Angaben zur anteiligen Bedeutung von Facharztgruppen bei der Durchführung der einzelnen U-Untersuchungen zeigt Tabelle 31.

Tabelle 31 Abrechnung von Vorsorgeuntersuchungen nach Facharztgruppen 2010 (BARMER GEK)

Kürzel	EBM	Gynäkologen	Kinderärzte	Allgemeinmed. (HA) §
U1*	01711	91,88%	7,77%	0,32%
U2*	01712	0,00%	95,18%	4,82%
U3	01713	0,00%	93,89%	6,09%
U4	01714	0,00%	93,43%	6,55%
U5	01715	0,00%	93,22%	6,76%
U6	01716	0,00%	92,80%	7,18%
U7	01717	0,00%	92,10%	7,88%
U7a	01723	0,00%	92,24%	7,74%
U8	01718	0,00%	90,66%	9,31%
U9	01719	0,00%	89,76%	10,22%

* wird bei stationärer Entbindung typischerweise bereits im Krankenhaus durchgeführt.
 § Allgemeinmediziner, praktische Ärzte sowie Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit.

Eine regulär direkt nach der Geburt anstehende U1-Untersuchung wird – auch nach den Auswertungen von ambulanten Abrechnungsdaten und wie bei stationär durchgeführten Entbindungen – typischerweise noch vom gynäkologischen Geburtshelfer durchgeführt. Ab der U2-Untersuchung überwiegt bei Weitem der Anteil der kinderärztlich durchgeführten Untersuchungen. Mit zunehmendem Alter steigt allerdings der Anteil der allgemeinmedizinisch-hausärztlich durchgeführten Untersuchungen und erreicht bei der U9 einen Höchstwert von dann 10,2%. Nicht in der Tabelle aufgeführte Fachgruppenzuordnungen (die auf der Basis von Fachgruppenkennungen aus der LANR zu den einzelnen Abrechnungsziffern vorgenommen wurden) spielen mit Anteilen im Subpromillebereich keine nennenswerte Rolle, was für die Konsistenz der Abrechnungsdaten spricht.

Regionale Variationen der Inanspruchnahme von U-Untersuchungen

Die umfangreiche Basis von Daten der BARMER GEK ermöglicht, neben den bereits dargestellten bundesweiten Auswertungen zur Inanspruchnahme von U-Untersuchungen, auch die Ermittlung entsprechender Kennzahlen für einzelne Bundesländer mit unveränderter Methodik. Ergebnisse zur Inanspruchnahme der U3 bis U9 innerhalb der Jahre 2008 bis 2010 in den einzelnen Bundesländern zeigt Abbildung 28. Auch hier beschränken sich die Auswertungen zur U7a auf Kinder, die regulär ab Mitte 2009 eine entsprechende Untersuchung hätten erhalten sollen und klammern damit Beteiligungsdaten in der Einführungsphase der U7a aus. In der Abbildung lassen sich aus Darstellungsgründen lediglich Ergebnisse zu einigen, exemplarisch hervorgehobenen, Bundesländern identifizieren. Vollständige Ergebnisse sowie 95%-Konfidenzintervalle zu den ermittelten Raten sind Tabelle A 21 und Tabelle A 22 ab Seite 231 im Anhang zu entnehmen.

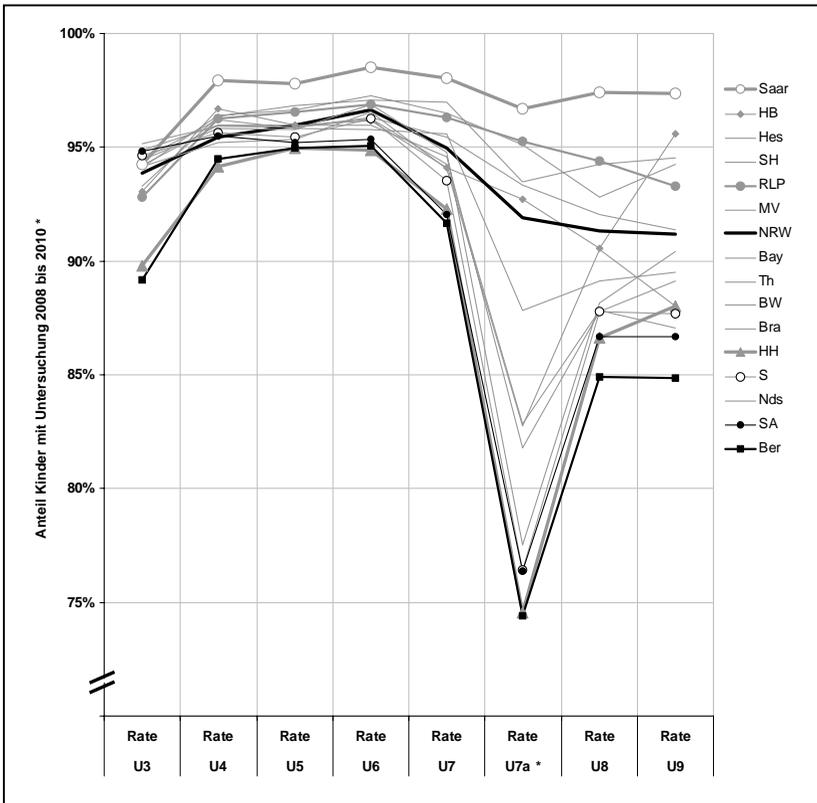


Abbildung 28 Anteil der Kinder mit ambulanter Abrechnung einer U3- bis U9-Untersuchung nach Bundesländern (BARMER GEK 2008-2010; U7a-Rate ab Mitte 2009)

Deutlich werden in Abbildung 28 merkliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Vollständigkeit der Inanspruchnahme von U-Untersuchungen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die U7a. Während im Saarland 96,7% der bei der BARMER GEK versicherten Kinder nach Auswertungen von kassenärztlichen Abrechnungsdaten an einer U7a teilnahmen (95%-Konfidenzintervall: 95,3% - 97,8%), waren es in Hamburg und Berlin weniger als 75% der

Kinder (Hamburg: 74,5%, 95%-KI: 72,3% - 76,7%; Berlin: 74,4%, 95%-KI: 73,0% - 75,8%). Im Saarland fehlte nach den vorliegenden Ergebnissen bei regulären Untersuchungsterminen zur U7a zwischen Mitte 2009 bis Ende 2010 nur etwa eines von 30 Kindern, in Berlin und Hamburg war es eines von vier Kindern. Dabei finden sich auch hinsichtlich der U4 bis U9 im Bundeslandvergleich die mit Abstand höchsten Untersuchungsraten im Saarland, während die Raten in Hamburg und Berlin regelmäßig merklich unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Allerdings sind die regionalen Unterschiede bei den frühen Untersuchungen U3 bis U7 insgesamt deutlich und bei der U8 sowie U9 noch merklich geringer als bei der U7a.

Ein Teil der Differenzen zwischen den Bundesländern dürfte im Zusammenhang mit der föderal unterschiedlichen Umsetzung eines Einladewesens zu Vorsorgeuntersuchungen stehen. So trat im Saarland bereits im April 2007 das „Gesetz zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung“ mit einer entsprechenden Verordnung in Kraft³², in dem eine Überprüfung der Durchführung aller U-Untersuchungen vorgegeben wird.

In Berlin wurde ein verbindliches Einladewesen unter Einbeziehung der U4 bis U9 demgegenüber erst im Juni 2010 etabliert³³. In Hamburg gab es ein entsprechendes System bis 2010 nicht, im Oktober 2010 wurde jedoch ein zweijähriges Modellprojekt für ein mehrstufiges Erinnerungs- und Meldewesen zu den Früherkennungsuntersuchungen U6 und U7 gestartet³⁴.

³² Vgl.: <http://www.saarland.de/17125.htm>

³³ Vgl.: <http://rueckmeldewesen-kinderuntersuchungen.charite.de/>

³⁴ Vgl.: <http://www.hamburg.de/u-untersuchungen/2526310/u6-u7.html>

4.5 Erkrankungen im Kindesalter

Erste Hinweise auf das Erkrankungsgeschehen bei Kindern (dort innerhalb von Kalenderjahren) liefern die routinemäßig im Report im Abschnitt "Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen" auf den Seiten 101 und 103 enthaltenen Tabellen. Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern werden diese Auflistungen häufiger Diagnosen von akuten Infektionskrankheiten und zugehörigen Symptomen wie z. B. Fieber dominiert, bei denen in der Regel keine spezifischen Erreger angegeben werden. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit der differenzierteren Betrachtung einer Reihe von ausgewählten Erkrankungen im Kindesalter. Im Sinne des Schwerpunktthemas „Kindergesundheit“ werden in einem ersten Abschnitt dabei zunächst „klassische Kinderkrankheiten“ betrachtet.

Klassische Kinderkrankheiten

Unter „klassischen Kinderkrankheiten“ werden zumeist Infektionskrankheiten verstanden, die typischerweise im Kindesalter auftreten oder zumindest vor der Etablierung von entsprechenden Impfungen im Kindesalter auftraten. Eine eindeutige Abgrenzung dieser Erkrankungsgruppe existiert nicht. Eine Übersicht zu Erkrankungen, die nach Recherchen unterschiedlicher Quellen in weiter gefasstem Sinne zu den „klassischen Kinderkrankheiten“ gezählt werden können, liefert die nachfolgende Tabelle 32.

Auf detaillierte Darstellungen von Symptomen und Verläufen zu einzelnen Kinderkrankheiten wird an dieser Stelle verzichtet. Diese lassen sich problemlos im Internet auffinden, wobei bereits das Internetlexikon Wikipedia viele Informationen liefert.

Ein überwiegender Teil der gelisteten klassischen Kinderkrankheiten wird durch virale Erreger verursacht. Ausnahmen bilden Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und die nur gelegentlich als Kinderkrankheit aufgeführte Impetigo contagiosa (Grindflechte), welche durch bakterielle Infektionen hervorgerufen werden.

Table 32 *Klassische Kinderkrankheiten – Übersicht*

ICD10	I.a.*	Bezeichnung(en); Erreger **
A36	2M	Diphtherie; Bakt.Err.: <i>Corynebacterium diphtheriae</i>
A37	2M	Keuchhusten, Pertussis; Bakt.Err.: <i>Bordetella pertussis</i> o. <i>Bordetella parapertussis</i>
A38		Scharlach; Bakt.Err.: Beta-hämolysierende Streptokokken
A80	2M	Poliomyelitis, Kinderlähmung; Err.: Polioviren
B00.2		Mundfäule, Stomatitis aphthosa, Gingivostomatitis herpetica; Err.: Herpes simplex Typ 1 (HSV-1)
B01	11M	Windpocken, Varizellen; Err.: Varizella-Zoster-Virus
B05	11M	Masern; Err.: Masernvirus
B06	11M	Röteln; Err.: Rötelnvirus
B08.2		Dreitagefieber, Exanthea subitum, Roseola infantum, Sechste Krankheit; Err.: Herpesviren
B08.3		Ringelröteln, Erythema infectiosum, Fünfte Krankheit; Err.: Parvovirus B19
B08.4		Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Falsche Maul- und Klauenseuche, Vesikuläre Stomatitis mit Exanthe; Err.: Enteroviren
B15	b.B.	Hepatitis A; Err.: Hepatitis A-Virus
B26	11M	Mumps, Ziegenpeter; Err.: Mumpsvirus
B27		Pfeiffersches Drüsenfieber, Mononukleose; Err.: Epstein-Barr-Virus
L01.0		Impetigo contagiosa, Grindflechte; Bakt.Err.: <i>Staphylococcus aureus</i> , Streptokokken

* Impfung gemäß STIKO empfohlen beginnend ab dem genannten Lebensmonat oder b.B = bei Bedarf in Gruppen mit erhöhter Gefährdung (Stand 8/2011).

** Erkrankungen mit bakteriellen Erregern durch „Bakt.Err.“ gekennzeichnet.

Für sieben der fünfzehn gelisteten Kinderkrankheiten werden von der Ständigen Impfkommission (STIKO), dem für Impfempfehlungen in Deutschland maßgeblich zuständigen Gremium, Impfungen allgemein und beginnend im frühen Kindesalter empfohlen. Angaben zum Zeitpunkt der empfohlenen Erstimpfung sind in der zweiten Spalte der Tabelle 32 angegeben.

Regelmäßige und weit verbreitete Impfungen sollten einen wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeiten und Komplikationen von betroffenen Erkrankungen haben und sich insofern auch auf die in Tabelle 33 gelisteten Maßzahlen zu **Diagnosehäufigkeiten** von Kinderkrankheiten auswirken. Angegeben werden in den ersten beiden Ergebnisspalten der Tabelle zunächst Diagnoseraten aus dem jeweils am stärksten betroffenen Altersjahr im Bereich zwischen 0 und 14 Jahren, wobei neben der maximalen altersspezifischen Diagnoserate das jeweilige Altersjahr mit der höchsten Diagnoserate in Klammern angegeben ist (bei selten diagnostizierten Erkrankungen wurde auf entsprechende Angaben verzichtet, um statistisch zufällige Zuordnungen zu vermeiden).

Während in der ersten Ergebnisspalte 1-Jahres-Diagnoseraten unter Einbeziehung von Diagnosen angegeben werden, die ggf. als Verdachtsdiagnosen oder (selten) auch als symptomlose Zustände klassifiziert waren, beziehen sich die Angaben in weiteren Spalten ausschließlich auf Diagnosen, die von den Ärzten als gesicherte Diagnosen (G) eingestuft wurden. Ein Vergleich der Werte aus der ersten und zweiten Ergebnisspalte kann Anhaltspunkte zur Sicherheit der ambulanten Diagnosestellung liefern: Ist eine Diagnose nahezu in allen Fällen auf den ersten Blick erkennbar, sollte sie fast immer als gesicherte Diagnose erfasst werden. Bestehen oftmals größere Abgrenzungsprobleme und fehlen eindeutige spezifische Erkrankungskennzeichen, sollte ein größerer Anteil der Diagnosen als Verdachtsdiagnosen gekennzeichnet sein.

Die dritte Ergebnisspalte beinhaltet Ergebnisse, die inhaltlich zurückhaltend interpretiert werden sollten: Gelistet werden hier einfache Summen von prozentualen Diagnoseraten der fünfzehn Altersgruppen bzw. -jahre zwischen 0 bis 14 Jahre. Würden die betrachteten Diagnosen bei betroffenen Kindern durchgängig jeweils individuell nur einmalig in der berücksichtigten Altersspanne zwischen 0 bis unter 15 Jahre diagnostiziert (was bei Erkrankungen mit unkompliziertem Verlauf und einer regelmäßigen lebenslangen Immunität nach Erstinfektion überwiegend der Fall sein sollte), würden diese Summen einen ersten Schätzer für Betroffenenraten innerhalb der ersten 15 Lebensjahre liefern. In anderen Fällen liefern die aufsummierten Diagnoseraten lediglich ei-

nen groben Anhaltspunkt für die relative Häufigkeit der Diagnosen in der Gesamtgruppe. Die letzte Ergebnisspalte der Tabelle 33 liefert schließlich geschlechts- und altersstandardisierte Angaben zur 1-Jahres-Diagnosehäufigkeit bezogen auf die Gesamtgruppe der 0- bis unter 15-jährigen Kinder.

Tabelle 33 Kinderkrankheiten – Diagnosehäufigkeit (BARMER GEK 2009/2010)

ICD10	Bezeichnung ^{Impfung}	max. altersspezifische Diag.-Rate (im Alter von)*		Diag.-Rate 0 bis 14 J **	
		GZV	G	Summe G	G stand.
A36	Diphtherie ^{2M}	-	-	0,03%	0,00%
A37	Keuchhusten ^{2M}	-	-	1,70%	0,11%
A38	Scharlach	7,84% (4)	6,27% (4)	35,28%	2,26%
A80	Poliomyelitis ^{2M}	-	-	0,01%	0,00%
B00.2	Mundfäule	4,09% (1)	3,81% (1)	15,49%	0,99%
B01	Windpocken ^{11M}	3,66% (5)	3,02% (5)	19,82%	1,28%
B05	Masern ^{11M}	0,03% (2)	0,02% (2)	0,12%	0,01%
B06	Röteln ^{11M}	0,19% (1)	0,07% (1)	0,36%	0,02%
B08.2	Dreitagefieber	7,53% (1)	4,65% (1)	8,93%	0,55%
B08.3	Ringelröteln	2,14% (4)	1,59% (4)	9,99%	0,64%
B08.4	Hand-Fuß-Mund-Krankheit	2,34% (2)	1,91% (2)	6,63%	0,42%
B15	Hepatitis A ^{b.B.}	-	-	0,03%	0,00%
B26	Mumps ^{11M}	-	-	0,19%	0,01%
B27	Pfeiffersches Drüsenfieber	1,03% (14)	0,44% (14)	3,16%	0,21%
L01.0	Grindflechte	2,49% (4)	2,33% (4)	21,59%	1,41%

* Maximale jährlich ermittelte Diagnoserate in einer der Altersgruppen zwischen 0 und 14 Jahre, in Klammern jeweils Angabe der Altersgruppe mit höchster Rate – die Angaben erfolgen nur, sofern eindeutige Alterszuordnung möglich; GZV: Raten bei Berücksichtigung von Diagnosen mit Kennzeichnung als gesichert, Verdachtsdiagnosen und symptomlose Zustände, G: Raten bei ausschließlicher Berücksichtigung gesicherter Diagnosen.

** Summe G: Summe der ermittelten Diagnoseraten (G) über 15 Altersgruppen von 0 bis 14 Jahre; G stand.: geschlechts- und altersstandardisierte 1-Jahres-Diagnoseraten bezogen auf die Altersgruppen 0 bis 14 Jahre, Standardisierung gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung 0 bis 14 Jahre im Dezember 2010.

Eine Reihe der gelisteten „klassischen Kinderkrankheiten“ wird ausgesprochen selten diagnostiziert. Dies gilt insbesondere für die Diphtherie, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Masern, Hepatitis A und Mumps sowie eingeschränkt auch für Röteln. Für alle diese Krankheiten existieren Impfungen, die, unter Ausnahme der Hepatitis-A-Impfung, von der STIKO allgemein bei Kindern spätestens ab dem 11. Lebensmonat empfohlen werden. Entsprechende Diagnoseraten müssen damit – zumindest überwiegend – als Erfolge von Impfbemühungen bzw. Bestrebungen zur frühzeitigen Immunisierung von Kindern interpretiert werden und geben keinen Aufschluss über Erkrankungshäufigkeiten in ungeimpften Populationen.

Aus der Liste der klassischen Kinderkrankheiten zählen in Deutschland nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) Diphtherie, Poliomyelitis (bei Erregernachweis), Masern und Hepatitis A zu den bundesweit meldepflichtigen Infektionskrankheiten, die bereits bei Verdachtsfällen namentlich von Ärzten an die regional zuständigen Gesundheitsämter zu melden sind. Für bundesweite Bewertungen und Statistiken ist das Robert Koch-Institut zuständig, Erkrankungszahlen sind auch über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de verfügbar. 2010 wurde in Deutschland, wie in vorausgehenden Jahren, kein Fall einer Poliomyelitis erfasst. Die Zahl der gemeldeten Diphtherie-Erkrankungen lag unter Einbeziehung aller Altersgruppen bei 8 (0) Fällen, zu Masern und Hepatitis A wurden bundesweit 780 (436) bzw. 788 (237) Fälle gemeldet (in Klammern: nur Fälle im Alter unter 15 Jahre).

In den ambulant-ärztlichen Abrechnungsdaten zu den 1,5 Mio. Kindern und Jugendlichen, die im Rahmen der Auswertungen zum Schwerpunktthema berücksichtigt wurden, ließen sich unter den mehr als 12 Mio. differenzierbaren und formal gültigen Diagnoseangaben einige wenige Kinder und Jugendliche mit Diagnosekodierungen einer Poliomyelitis (ICD10 A80; $n_{gz}=20$, darunter $n_g=13$) sowie einer Diphtherie (A36; $n_{gz}=28$, darunter $n_g=24$) identifizieren. Diese absoluten Fallzahlen bewegen sich in einem extrem niedrigen Bereich und könnten daher bereits auch aus sehr seltenen Fehlkodierungen resultieren, weshalb eine inhaltliche Bewertung der Ergebnisse kaum möglich ist.

Auf höherem Niveau liegen die absoluten erfassten Fallzahlen zu Masern (B05; $n_{gzv}=210$, darunter $n_g=85$) sowie zur Hepatitis A (B15; $n_{gzv}=238$, darunter $n_g=60$) bei Kindern und Jugendlichen bis unter 20 Jahre. Nach Hochrechnungen von BARMER GEK-Ergebnissen auf die deutsche Bevölkerung dürften 2010 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung in den hier vorrangig betrachteten Altersgruppen bis unter 15 Jahre ca. 1.900 Verdachtsfälle einer Masern-Erkrankung (darunter gut 800 Kinder mit "gesicherten" G-Diagnosen) sowie gut 1.200 Verdachtsfälle einer Hepatitis A (darunter ca. 240 Fälle mit G-Diagnosen) dokumentiert worden sein. Die Ergebnisse sprechen für die Vermutung, dass insbesondere Verdachtsfälle bei Kindern nur unvollständig in den amtlichen Meldestatistiken abgebildet werden. Welche Rolle dabei Melderaten von ambulant tätigen Ärzten oder nachfolgende Überprüfungen von Erkrankungskriterien im Sinne von Falldefinitionen in regionalen Gesundheitsämtern vor einer Weiterleitung an überregionale Stellen spielen, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Klassische Kinderkrankheiten – häufiger diagnostizierte Erkrankungen

Die nachfolgenden Abbildungen liefern Informationen zu altersspezifischen Diagnoseraten der häufiger diagnostizierten "klassischen" Kinderkrankheiten. Auf eine Differenzierung von Erkrankungsdaten bei Jungen und Mädchen wurde aufgrund der zumeist nur geringen Unterschiede in den Darstellungen, abgesehen von einer Ausnahme, verzichtet. Dargestellt werden primär Diagnoseraten, die sich bei ausschließlicher Berücksichtigung von als gesichert (G) eingestuftem Diagnosen ergeben. Ergänzend werden jedoch immer auch Diagnoseraten angegeben (bzw. in den Abbildungen als gestrichelte Linien angedeutet), die sich bei einer zusätzlichen Berücksichtigung von Z- und V-Diagnosen ergeben. Dank der umfangreichen Datenbasis können auch an dieser Stelle Ergebnisse zu einzelnen Altersjahren der Kinder (und Jugendlichen) berichtet werden.

Abbildung 29 zeigt Ergebnisse zur altersspezifischen Häufigkeit der Diagnosen **Scharlach** (ICD10: A38), **Windpocken** (B01) und **Dreitagefieber** (B08.2) im Alter von 0 bis 19 Jahren. Zahlenwerte sind der Tabelle A 23 auf Seite 233 im Anhang zu entnehmen.

Scharlach ist die bei Kindern im Alter zwischen 0 und 14 Jahren am häufigsten diagnostizierte „klassische“ Kinderkrankheit. Nach einer Scharlacherkrankung besteht keine andauernde Immunität, die Erkrankung kann mehrfach auftreten. Innerhalb des fünften Lebensjahres waren nach den vorliegenden Ergebnissen mit 7,84% die meisten Kinder betroffen. Beschränkt man die Auswertung auf als „gesichert“ gekennzeichnete Diagnosen, reduziert sich der Anteil in der genannten Altersgruppe nur mäßig auf 6,27%. Noch mehr als eines von hundert Kindern waren jährlich im Alter von 1 bis 9 Jahren von gesicherten Diagnosen betroffen.

Die Diagnose eines **Dreitagefiebers** (Exanthema subitum, Roseola infantum, Sechste Krankheit) wird nahezu ausschließlich in den ersten Lebensjahren und dabei am häufigsten im zweiten Lebensjahr gestellt. In diesem Alter wurde die Diagnose bei 7,53% der Kinder gestellt, wobei allerdings nur 4,65% von einer als gesichert eingestuften Diagnose betroffen waren. Demnach lässt sich die Diagnose in relativ vielen Fällen nicht sicher und eindeutig abgrenzen, was vor dem Hintergrund eines typischerweise unkomplizierten und zeitlich begrenzten Verlaufs bei ausschließlich symptomatischer Therapie allerdings unproblematisch erscheint. Ab dem Grundschulalter betrifft die Diagnose nur noch weniger als ein Promille der Kinder.

Windpocken werden durch eine Infektion mit Varizella-Zoster-Viren hervorgerufen. Nach einer durchgemachten Infektion besteht lebenslange Immunität. Allerdings können im Körper verbleibende Viren nachfolgend noch für das Auftreten einer Gürtelrose (Herpes Zoster), vorrangig in höherem Alter, verantwortlich sein (ohne dass dabei erneut Anzeichen einer Windpockener-

krankung auftreten). Seit Juli 2004 ist in Deutschland eine Impfung gegen Windpocken von der STIKO allgemein empfohlen. Vor der Einführung von Impfungen waren bis zum 14. Lebensjahr mehr als 90% der Kinder mit dem Varizella-Zoster-Virus infiziert. Nach den vorliegenden Ergebnissen dürfte die Erkrankungsrate zwischenzeitlich erheblich niedriger liegen. Legt man die aktuell beobachteten jährlichen Diagnoseraten zugrunde und unterstellt man eine individuell ausschließlich einmalige Erfassung der Diagnose innerhalb eines bestimmten Lebensjahres, dürften bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres überschlägig etwa 20% der Kinder von Windpocken als gesicherte Diagnose betroffen gewesen sein, unter zusätzlicher Berücksichtigung auch aller Z- und V-Diagnosen etwa 26%. Die in Abbildung 29 dargestellten altersabhängigen Diagnoseraten zu Windpocken dürften maßgeblich auch von der Einführung und Verbreitung der Impfung beeinflusst sein. Am häufigsten waren nach den auf Daten zu 2009 und 2010 beruhenden Auswertungen mit Raten von 3,02% (G-Diagnosen) bzw. 3,66% (G, Z oder V) Kinder im Alter von 5 Jahren betroffen. Im dargestellten altersabhängigen Kurvenverlauf auffällig erscheint der deutliche Anstieg der Diagnoserate vom ersten zum zweiten Lebensjahr und der anschließende leichte Rückgang vom zweiten zum dritten Lebensjahr. Hierfür könnten verhältnismäßig noch hohe Infektionsraten bei einer erst verzögerten Erstimpfung im zweiten Lebensjahr verantwortlich sein (die regulär noch innerhalb des ersten Lebensjahres ab einem Alter von 11 Monaten empfohlen wird).

Abbildung 30 auf Seite 170 zeigt altersspezifische Häufigkeiten der Diagnosen **Mundfäule** (auch als Stomatitis aphthosa oder Gingivostomatitis herpetica bezeichnet, ICD10: B00.2), **Ringelröteln** (auch Erythema infectiosum oder Fünfte Krankheit, B08.3), **Hand-Fuß-Mund-Krankheit** (B08.4) und **Grindflechte** (Impetigo contagiosa, L01.0). Zahlenwerte finden sich in Tabelle A 24 f. ab Seite 234 im Anhang.

Für die hier dargestellten Krankheiten existieren keine Impfungen. Insgesamt am seltensten wird von den vier Krankheiten die typischerweise harmlos verlaufende, viral bedingte **Hand-Fuß-Mund-Krankheit** diagnostiziert. Der Altersgipfel liegt im dritten Lebensjahr (Diagnoseraten G: 1,91%; GZV: 2,34%). Nach dem Grundschulalter sind nur noch weniger als ein Promille der Kinder betroffen.

Ringelröteln zeigen eine breitere Altersverteilung mit einem Häufigkeitsgipfel im Alter von 4 Jahren (Diagnoseraten G: 1,59%; GZV: 2,14%). Vermutlich hinterlässt die Infektion eine lebenslange Immunität. Approximativ lässt sich auf Basis der vorliegenden Zahlen überschlägig schätzen, dass etwa 10% bzw. 14% der Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres von einer Diagnose (G bzw. G, Z, oder V) betroffen waren, sofern man die bereits bei Berechnungen zu Windpocken geschilderten methodischen Annahmen zugrundelegt.

Die Diagnose **Mundfäule** betrifft insbesondere Kinder im zweiten und dritten Lebensjahr (Diagnoseraten im zweiten Lebensjahr G: 3,81%; GZV: 4,09%). Sie wird durch einen Herpes-simplex-Virus ausgelöst, der, auch nach einer Ersterkrankung mit typischem Erkrankungsverlauf, in höheren Altersgruppen für Bläschenbildungen an der Mundschleimhaut verantwortlich gemacht werden kann. Im Gegensatz zu den Ergebnissen hinsichtlich der beiden zuvor abgehandelten Erkrankungen sind von der Diagnose Mundfäule auch Jugendliche bei Diagnoseraten um 0,25% noch in nennenswertem Umfang betroffen.

Die **Grindflechte** bzw. Impetigo contagiosa wird durch bakterielle Erreger hervorgerufen. Der Altersgipfel liegt nach den vorliegenden Ergebnissen im vierten und fünften Lebensjahr (Diagnoseraten im fünften Lebensjahr G: 2,33%; GZV: 2,49%; vgl. Tabelle A 25 auf Seite 235). Grundsätzlich ist die Erkrankung jedoch nicht auf Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen beschränkt.

Nur eingeschränkt lässt sich das ***Pfeiffersche Drüsenfieber*** zu den klassischen Kinderkrankheiten zählen, welches häufig auch symptomlos verlaufen kann und durch das Epstein-Barr-Virus hervorgerufen wird (vgl. Abbildung 31 auf Seite 171). Die in der Abbildung geschlechts- und altersspezifisch dargestellten Diagnoseraten dürften nahezu ausschließlich aus symptomatischen Erkrankungsfällen resultieren und übersteigen in keiner Altersgruppe den Wert von 2%. Offensichtlich sind Jugendliche merklich häufiger von einer Diagnose als Kinder betroffen. Die großen Unterschiede zwischen Diagnoseraten auf der Basis von G- bzw. von G-, Z- oder V-Diagnosen weisen zudem darauf hin, dass die Diagnose vergleichsweise häufig als nicht sicher erachtet wird.

Auffällig an den empirisch ermittelten Ergebnissen erscheint, dass im Kleinkind- bzw. Vorschulalter die Diagnose eines Pfeifferschen Drüsenfiebers merklich häufiger bei Jungen als bei Mädchen gestellt wird, während demgegenüber, beginnend ab dem 12. Lebensjahr, Frauen merklich häufiger als Männer von der Diagnose betroffen sind.

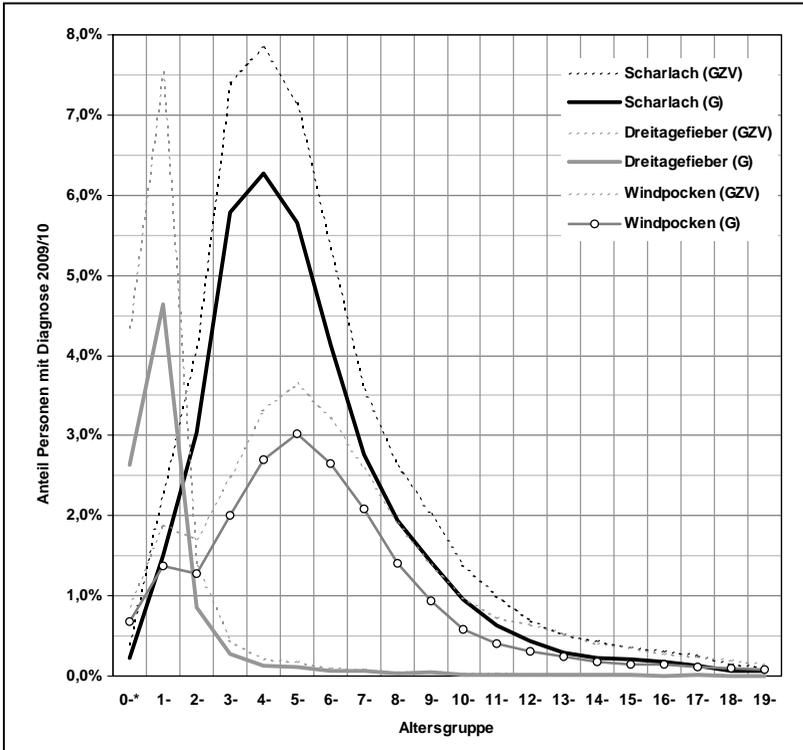


Abbildung 29 Anteil Kinder mit einer Diagnose Scharlach, Windpocken, Dreitagefieber (BARMER GEK 2009/10)

Erläuterung:

GZV: Ergebnisse bei Berücksichtigung von allen dokumentierten Diagnosen, die als **Gesichert**, symptomloser **Zustand** oder **Verdachtsdiagnosen** gekennzeichnet waren; **G:** Ergebnisse bei ausschließlicher Berücksichtigung von als **Gesichert** gekennzeichneten Diagnosen.

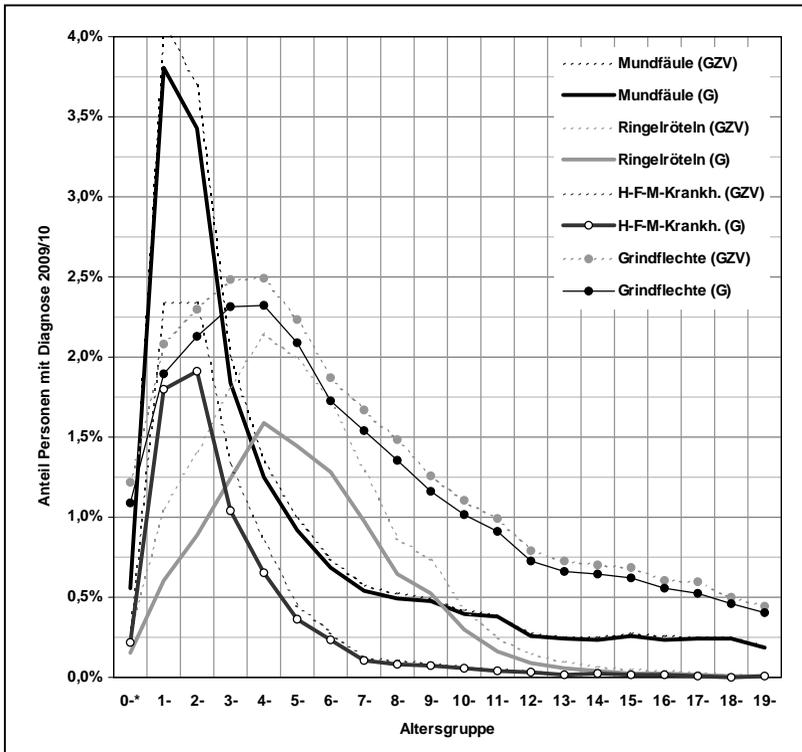


Abbildung 30 Anteil Kinder mit einer Diagnose Mundfäule, Ringelröteln, Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Grindflechte (BARMER GEK 2009/10)

Erläuterung:

GZV: Ergebnisse bei Berücksichtigung von allen dokumentierten Diagnosen, die als **Gesichert**, symptomloser Zustand oder Verdachtsdiagnosen gekennzeichnet waren; **G:** Ergebnisse bei ausschließlicher Berücksichtigung von als **Gesichert** gekennzeichneten Diagnosen.

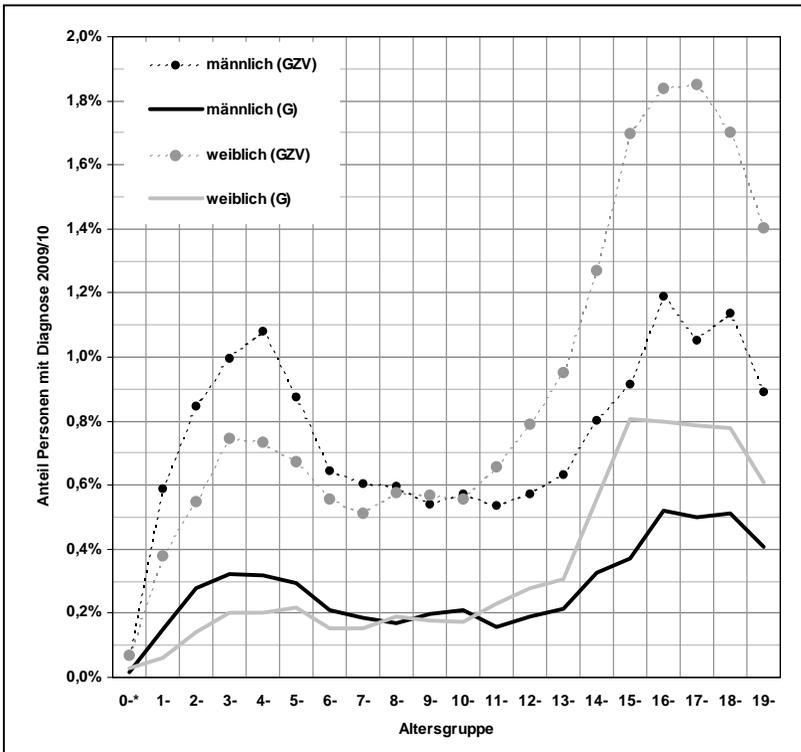


Abbildung 31 Anteil Kinder mit einer Diagnose Pfeiffersches Drüsenfieber (BAR-MER GEK 2009/10)

Erläuterung:

GZV: Ergebnisse bei Berücksichtigung von allen dokumentierten Diagnosen, die als **Gesichert**, **symptomloser Zustand** oder **Verdachtsdiagnosen** gekennzeichnet waren; **G:** Ergebnisse bei ausschließlicher Berücksichtigung von als **Gesichert** gekennzeichneten Diagnosen.

Ausgewählte Diagnosen

Selbstverständlich sind Kinder keinesfalls ausschließlich von klassischen Kinderkrankheiten betroffen. Gleichzeitig können an dieser Stelle nicht alle Krankheiten, die bei Kindern diagnostiziert werden, ausführlich behandelt werden. Vor diesem Hintergrund befasst sich der nachfolgende Abschnitt mit einigen exemplarisch ausgewählten Erkrankungsdiagnosen.

Akute Infektionen der oberen Atemwege (ICD10: J00-J06)

Akute Infektionen der oberen Atemwege betreffen alle Altersgruppen und sind dabei beispielsweise unter Berufstätigen regelmäßig für eine sehr große Zahl von Arbeitsunfähigkeitsfällen verantwortlich. Altersübergreifend dürften entsprechende Diagnosen 2010 in Deutschland bei mehr als einem Viertel der Bevölkerung und damit bei mehr als 20 Mio. Menschen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert worden sein (vgl. auch Tabelle 13 auf Seite 86). Insbesondere jüngere Kinder sind von entsprechenden Diagnosen allerdings noch erheblich häufiger als Jugendliche, Berufstätige oder ältere Menschen betroffen. Keine der „klassischen“ Kinderkrankheiten wird bei Kindern annähernd so häufig wie die relativ unspezifische 3-stellige ICD10-Diagnose J06 „Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege“ als Diagnose erfasst.

Tabelle 34 liefert einen ersten Überblick zur Häufigkeit von Diagnosen aus der Gruppe „Akute Infektionen der oberen Atemwege“ bei Kindern im Alter zwischen 0 und 14 Jahre. Von (mindestens) einer beliebigen Diagnose aus der Gruppe waren mehr als die Hälfte der Kinder betroffen, darunter allein von der bereits genannten unspezifischen Diagnose J06 knapp 40%. Relativ selten wird aus der Gruppe die Diagnose einer akuten obstruktiven Laryngitis gestellt, von der vorrangig Kleinkinder ab dem zweiten Lebensjahr betroffen sind. In diesem maßgeblich betroffenen Alter erhalten die Diagnose 3,9% der Jungen und 2,9% der Mädchen (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Insgesamt relativ selten ist im Kindesalter auch die Diagnose einer Sinusitis, von der erst

höhere Altersjahrgänge und insbesondere jüngere Erwachsene betroffen sind. Raten um 10% bei Kindern mit der Diagnose einer akuten Rhinopharyngitis oder Pharyngitis sowie um knapp 6% mit der Diagnose einer Laryngitis und Tracheitis resultieren jeweils aus noch höheren Raten bei jüngeren Kindern und zumeist geringeren Raten im fortgeschrittenen Schulalter (anderweitig nicht dargestellt).

Tabelle 34 Akute Infektionen der oberen Atemwege – Diagnosehäufigkeit innerhalb eines Jahres (BARMER GEK 2009/2010)

Ebene	ICD10	Bezeichnung	männlich*	weiblich*	gesamt*
2	J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	53,73%	55,04%	54,37%
3	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	10,83%	11,06%	10,94%
3	J01	Akute Sinusitis	3,15%	3,28%	3,21%
3	J02	Akute Pharyngitis	9,57%	10,35%	9,95%
3	J03	Akute Tonsillitis	13,77%	14,23%	13,99%
3	J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	5,84%	5,53%	5,69%
3	J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	1,26%	0,91%	1,09%
3	J06	Akute Infektionen an mehreren o. n.n. bez. Lokalisationen d. oberen Atemwege	38,10%	38,98%	38,53%

* Ggf. geschlechts- und altersstandardisierte Diagnoseraten (G,Z,V) bezogen auf die Altersgruppen 0 bis 14 Jahre, Standardisierung gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung 0 bis 14 Jahre im Dezember 2010.

Differenzierte altersspezifische Diagnoseraten zu akuten Infektionen der oberen Atemwege insgesamt, zur häufig verwendeten unspezifischen Diagnose J06 sowie zur akuten Tonsillitis (Mandelentzündung) zeigt die nachfolgende Abbildung 32.

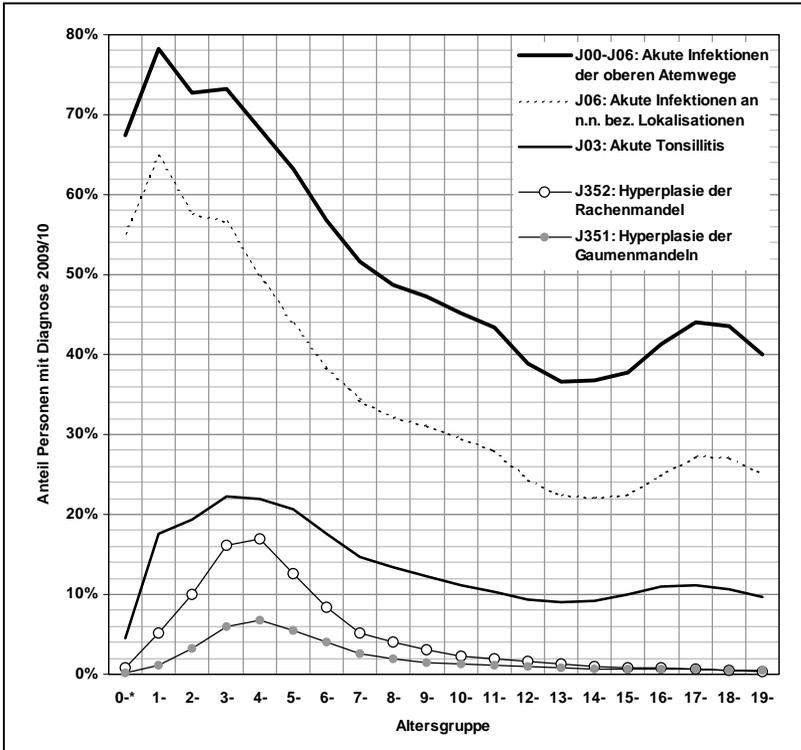


Abbildung 32 Anteil Kinder mit Akuten Infektionen der oberen Atemwege (ICD10: F00-F06; BARMER GEK 2009/10)

In der Abbildung sind ergänzend zum Thema Tonsillitis auch Häufigkeiten der Diagnose von vergrößerten Rachen- und Gaumenmandeln dargestellt, zugehörige Zahlenwerte finden sich in Tabelle A 26 auf Seite 236 im Anhang. Offensichtlich werden auf den ersten Blick die ausgesprochen hohen Diagnoseraten von akuten Infektionen der oberen Atemwege bei Kindern im Alter zwischen 0 und 4 Jahren, von denen in den einzelnen Lebensjahren jeweils mehr als zwei Drittel (mindestens) eine entsprechende ärztliche Diagnose erhalten. Die akute Tonsillitis (Mandelentzündung) zeigt einen mäßig ausgeprägten Al-

tersgipfel im vierten und fünften Lebensjahr, in denen die Diagnose bei jeweils 22% der Kinder gestellt wurde. In diesem Alter wird zugleich relativ häufig auch eine Vergrößerung der Rachen- und Gaumenmandeln festgestellt. Während die Hyperplasie der Mandeln zu Ende des Grundschulalters nur noch selten dokumentiert wird, werden auch im fortgeschrittenen Schulalter akute Mandelentzündungen jährlich noch bei etwa 10% der Kinder diagnostiziert. Welchen Einfluss dabei Tonsillektomien haben, wäre in separaten Auswertungen zu klären.

Atopisches Ekzem, Neurodermitis (ICD10: L20)

Das atopische [endogene] Ekzem zählt bei Kindern, neben Sehstörungen bzw. Fehlsichtigkeiten und unspezifisch kodierten Verletzungen, zu den häufigsten Diagnosen, die – im Gegensatz zu den „klassischen“ Kinderkrankheiten und den meisten Atemwegserkrankungen bei Kindern – keinen infektiösen Ursprung haben (vgl. auch Tabelle 18 auf Seite 103). Allgemein wird das atopische Ekzem als chronisch verlaufende Erkrankung angesehen, deren Ursachen als nicht (vollständig) geklärt gelten können. Entsprechend existiert keine kausale Therapie. Umgangssprachlich wird häufig von einer Neurodermitis gesprochen.

Abbildung 33 zeigt Diagnoseraten in einzelnen Lebensjahren separat für beide Geschlechter. Am häufigsten wird die Diagnose atopisches Ekzem bzw. Neurodermitis bei Kindern im zweiten Lebensjahr gestellt. In diesem Lebensjahr wurde eine entsprechende Diagnose bei 17,8% der Jungen und 15,9% der Mädchen dokumentiert (vgl. auch Tabelle A 27 auf Seite 237 im Anhang). Beschränkt man die Auswertungen auf als gesichert gekennzeichnete Diagnosen, reduzieren sich die entsprechenden Anteile nur geringfügig auf 16,6% bzw. 14,7% (anderweitig nicht dargestellt). Mit zunehmendem Alter sinken die Diagnoseraten bei beiden Geschlechtern, wobei die Diagnoseraten bei Mädchen ab dem siebten Lebensjahr über denen bei Jungen liegen. Trotz des grundsätzlich als chronisch beschriebenen Charakters der Erkrankung wurde ein endogenes Ekzem nur (noch) bei 4,4,% und 7,3% der neunzehnjährigen Männer und

Frauen dokumentiert. Geht man davon aus, dass Kohorteneffekte bei diesen querschnittlich ermittelten Ergebnissen allenfalls eine untergeordnete Rolle spielen, dürften im 20. Lebensjahr nur noch weniger als die Hälfte der ursprünglich betroffenen Mädchen/Frauen und weniger als ein Drittel der ursprünglich betroffenen Jungen/Männer unter einem endogenen Ekzem bzw. einer Neurodermitis in behandlungsbedürftiger Form leiden.

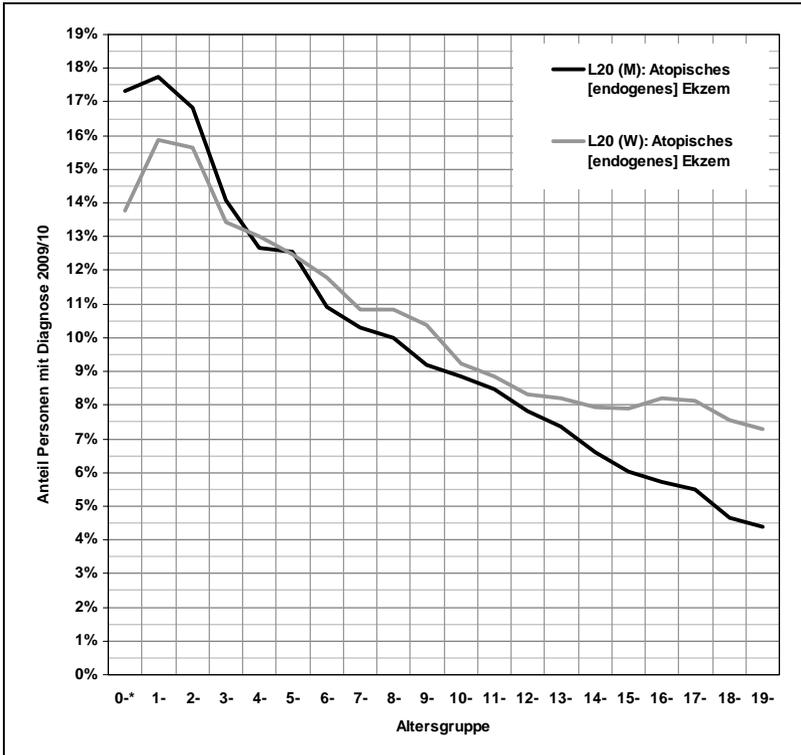


Abbildung 33 Anteil Kinder mit einer Diagnose Atopisches Ekzem (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10)

Offensichtlich werden in der Abbildung 33 auch die unterschiedlichen Entwicklungen der Diagnoseraten ab Beginn der Pubertät. Während vor Beginn der Pubertät die Diagnoseraten bei Mädchen und Jungen weitgehend gleichartig mit ansteigendem Alter sinken, verlangsamt sich bei Mädchen bzw. Frauen nach Beginn der Pubertät der Rückgang deutlich, teilweise werden in höheren Altersgruppen auch geringfügig höhere oder gleichartige Diagnoseraten wie in direkt darunter liegenden erfasst.

Regionale Variationen

Bundesweit erhielten 11,2% der Jungen und Mädchen im Alter zwischen 0 und 14 Jahren die Diagnose eines endogenen Ekzems. Dies entspricht etwa einer Zahl von 1,22 Mio. betroffenen Kindern in Deutschland. Die Diagnoserate reduziert sich nur geringfügig auf 10,6%, sofern man die geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen auf als gesichert gekennzeichnete Diagnosen beschränkt.

Innerhalb des Bundesgebietes zeigen sich erhebliche Variationen der Diagnosehäufigkeit. Abbildung 34 zeigt entsprechende Ergebnisse auf Bundeslandebene. Ergänzend auch geschlechtsspezifisch ermittelte Ergebnisse (ohne wesentliche Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in der hier betrachteten Altersspanne) liefert Tabelle A 28 auf Seite 238 im Anhang. Die Diagnoserate variiert zwischen 9,3% betroffenen Kindern in Schleswig-Holstein und 17,1% betroffenen Kindern in Thüringen, was relativen Abweichungen der regionalen Diagnosehäufigkeiten vom Bundesdurchschnitt zwischen -16,8% und +53,0% entspricht. Kleinräumige Analysen auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten zeigen ein verhältnismäßig homogenes Bild – auch hier imponieren insbesondere weitgehend durchgängig erhöhte Raten in Gebieten der neuen Bundesländer.

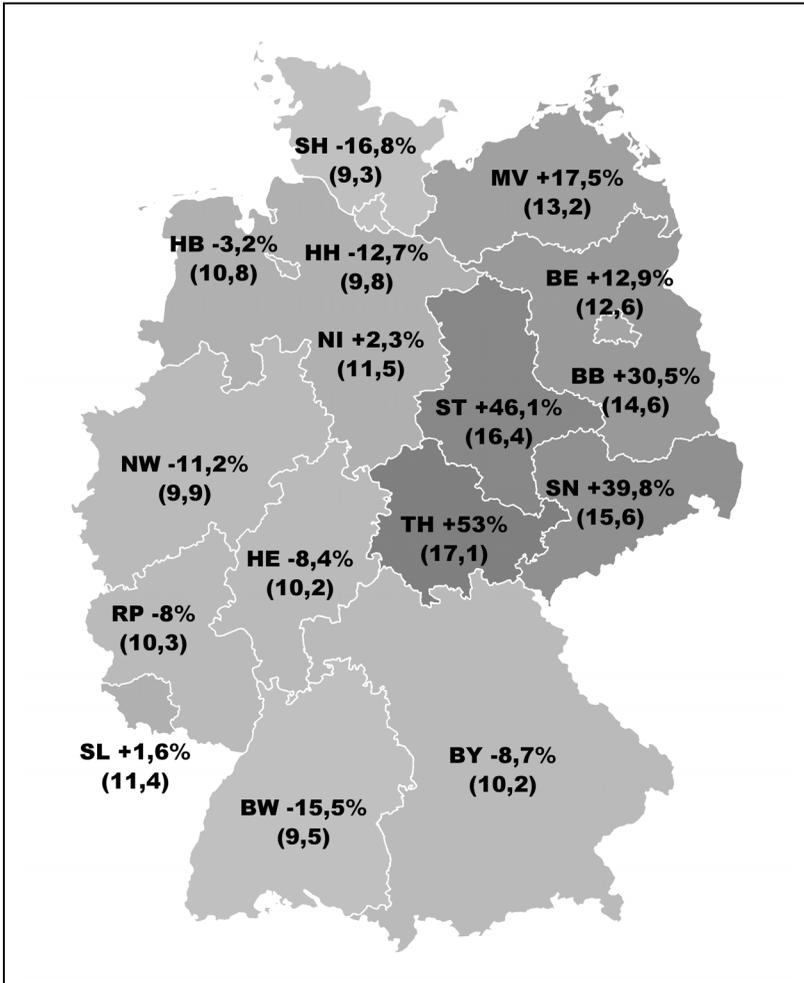


Abbildung 34 Anteil Kinder 0-14J mit einer Diagnose Atopisches Ekzem nach Bundesländern (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10; D2010-1J)

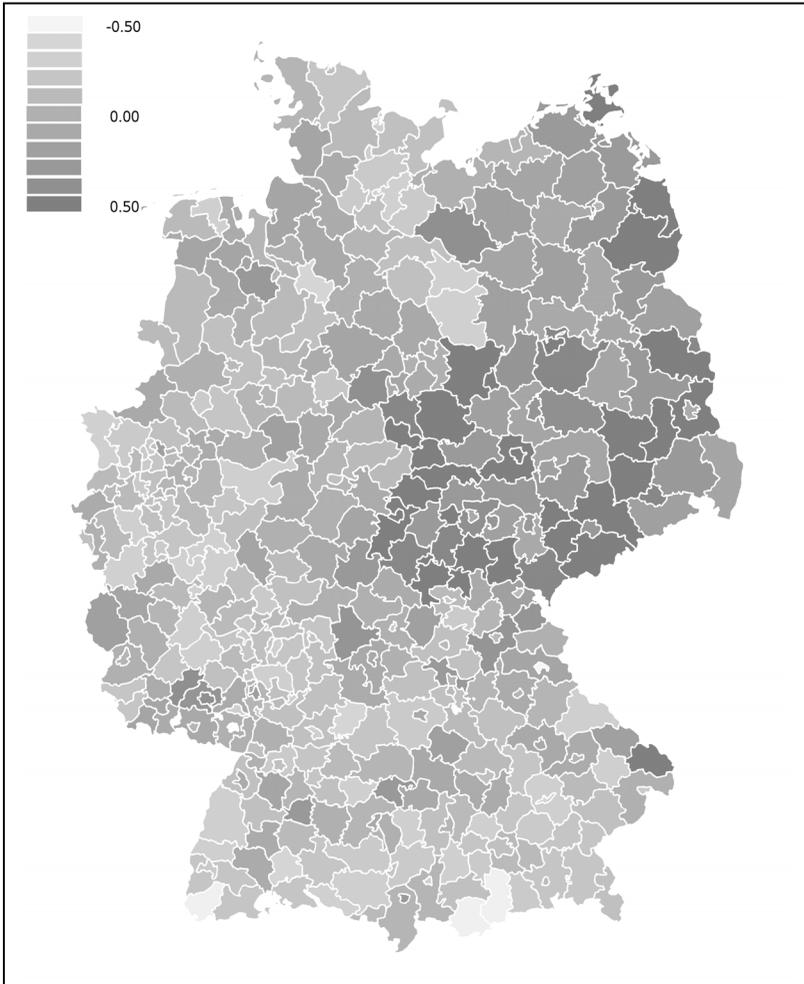


Abbildung 35 Anteil Kinder 0-14J mit einer Diagnose Atopisches Ekzem nach Kreisen (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10, indirekt stand.)

Erläuterung: Graustufen entsprechend der Legende von hell bei Unterschreitung erwarteter Werte um 50% oder mehr bis dunkel bei Überschreitung erwarteter Werte um 50% oder mehr, vgl. auch methodische Hinweise und Erläuterungen auf Seite 203.

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache im Sinne einer ICD10-Diagnose F80 werden bei Kindern ausgesprochen häufig diagnostiziert. Nach den Ergebnissen von routinemäßig im Rahmen des Arztreportes durchgeführten Auswertungen wurde eine entsprechende Diagnose 2010 bei 9,9% der Kinder im Alter zwischen 5 bis unter 15 Jahren dokumentiert (vgl. Tabelle 18 auf Seite 103). Sie belegte damit in dieser Altersgruppe den Rang 13 der am häufigsten erfassten ICD10-Schlüssel. Bleiben Z-Schlüssel, die nicht im Sinne von Beschwerden oder Erkrankungen interpretiert werden können, bei der Rangbildung unberücksichtigt, erreicht die Diagnose F80 den Rang 10 der häufigsten Diagnosen. Von den im Rahmen des Schwerpunkt Kapitels betrachteten Kindern im Alter zwischen 0 bis unter 15 Jahren waren nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen innerhalb eines Jahres insgesamt gut 10% von einer Diagnose F80 betroffen. Die Diagnose betraf in der genannten Altersspanne dabei 11,9% der Jungen und 8,5% der Mädchen (vgl. nachfolgende Tabelle 35). In Deutschland dürften 2010 demnach schätzungsweise etwa 670 Tsd. Jungen und 450 Tsd. Mädchen im Alter zwischen 0 bis unter 15 Jahren eine entsprechende Diagnose erhalten haben.

In der Systematik der ICD10-Klassifikation zählt die Diagnose F80 zur übergeordneten Gruppe der „Entwicklungsstörungen“ (F80-F89), in der unter anderem auch bestimmte motorische Defizite und Einschränkungen schulischer Fertigkeiten wie Lese- und Rechtschreibstörungen beschrieben sind. Die im vorliegenden Abschnitt näher betrachtete häufige Diagnose „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (F80) wird in der zur Kodierung von Diagnosen in Deutschland vorgeschriebenen ICD10-Klassifikation wie folgt beschrieben.

„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 ziehen oft sekundäre Folgen nach sich, wie Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben, Störungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen, im emotionalen und Verhaltensbereich.“

35

Bei einer Diagnose F80 muss also das „normale“ Muster des Spracherwerbs beeinträchtigt sein, wobei explizit *keine* Hinweise auf schwerwiegende organische Schädigungen als Ursache der beobachteten Störungen bestehen sollen. In Erläuterungen einer kommentierten Fassung der ICD10 zur Klassifikation psychischer Störungen³⁶ wird, bezogen auf die Diagnose F80, gut nachvollziehbar als Hauptschwierigkeit bei der Diagnosestellung auf eine „*Unterscheidung von normalen Variationen in der Entwicklung*“ hingewiesen. „*Normale Kinder zeigen eine breite Streuung im Alter des Spracherwerbs und in dem Zeitraum, in dem sich sprachliche Fähigkeiten festigen. Solche Normvarianten haben keine oder nur geringfügige klinische Bedeutung.*“

Die Diagnose F80 lässt sich auf der 4-stelligen Ebene der ICD10, auf der Ärzte im Rahmen der ambulanten Versorgung typischerweise Diagnosen kodieren müssen, in die sechs Unterdiagnosen F80.0 bis F80.3, F80.8 und F80.9 gliedern (vgl. auch Tabelle 35).

Am häufigsten wurde 2009/10 bei Kindern im Rahmen der ambulanten Versorgung die unspezifische Diagnose **F80.9** vergeben, die – ausgehend von der übergeordneten Diagnose F80 – keine weitere Spezifikation der beobachteten Störungen beinhaltet. Grundsätzlich und allgemein sollten entsprechend un-

³⁵ Vgl. die für die Kodierung von ambulanten Diagnosen vorgeschriebene Fassung der ICD10-GM 2010, online verfügbar auf den Internetseiten des DIMDI unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f80-f89.htm>.

³⁶ H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt (Hrsg.) 2011. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber, Bern; 8., überarbeitete Aufl. ISBN-13: 978-3456850184; vgl. S.320 ff.

spezifische Diagnoseangaben möglichst vermieden werden. Sie werden jedoch in der Praxis der ambulanten Versorgung auch bei anderen Erkrankungen häufig verwendet, womit zumindest fehlerhafte Festlegungen auf spezifische Erkrankungsbilder vermieden werden können. Die inhaltliche Interpretation von dokumentierten Diagnosen wird damit allerdings, wie im vorliegenden Fall, auch bei anderen Diagnosen häufig eingeschränkt.

Tabelle 35 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache – Diagnosehäufigkeit innerhalb eines Jahres (BARMER GEK 2009/2010)

Ebene	ICD10	Bezeichnung	männlich*	weiblich*	gesamt*
3	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	11,92%	8,52%	10,26%
4	F80.0	Artikulationsstörung	4,66%	3,46%	4,07%
4	F80.1	Expressive Sprachstörung	0,99%	0,60%	0,80%
4	F80.2-	Rezeptive Sprachstörung	1,21%	0,72%	0,97%
4	F80.3	Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]	0,01%	0,01%	0,01%
4	F80.8	Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache [Lispeln]	2,24%	1,75%	2,00%
4	F80.9	Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet	6,74%	4,52%	5,66%

* Ggf. geschlechts- und altersstandardisierte Diagnoseraten (G,Z,V) bezogen auf die Altersgruppen 0 bis 14 Jahre. Standardisierung gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung 0 bis 14 Jahre im Dezember 2010 [die Print-Version des Reportes beinhaltet bei 4-stelligen Diagnosen in dieser Tabelle versehentlich leicht abweichende Diagnoseraten zu gesicherten (G) Diagnosen].

Abbildung 36 zeigt zunächst alters- und geschlechtsspezifische Diagnoseraten im Hinblick auf die übergeordneten Diagnose F80 sowie ergänzend auch im Hinblick auf die untergeordnete, nicht näher spezifizierte Diagnose F80.9. Zugehörige Zahlenangaben sind der Tabelle A 29 auf Seite 239 im Anhang zu entnehmen.

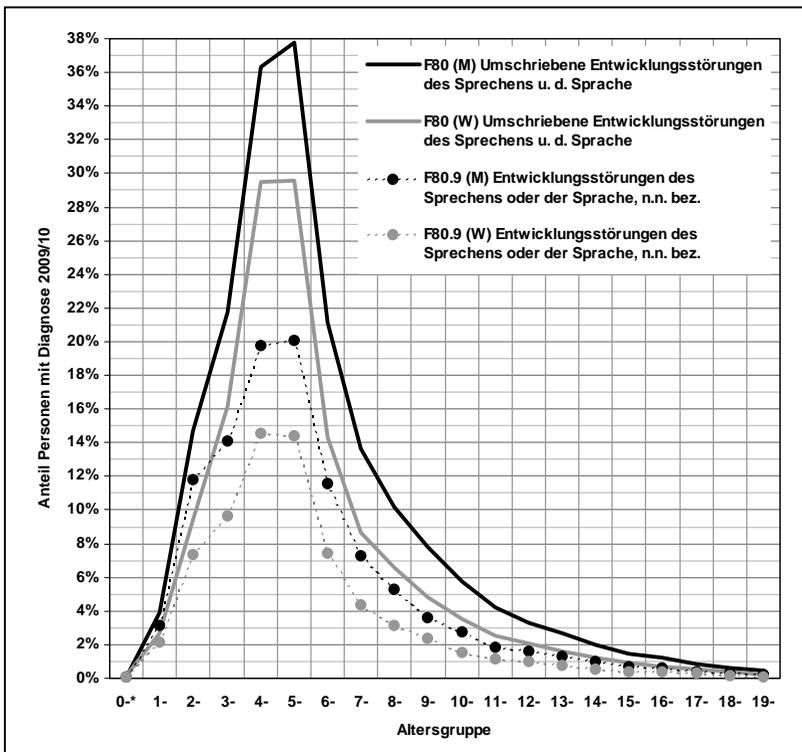


Abbildung 36 Anteil Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD10: F80; BARMER GEK 2009/10)

Durch die hier gewählte Differenzierung nach einzelnen Altersjahren wird ersichtlich, dass umschriebene Entwicklungsstörungen im Sinne der Diagnose F80 in zeitlich eng umrissenen Lebensphasen bei Kindern insgesamt sehr häufig diagnostiziert werden. Am häufigsten sind Kinder im fünften und sechsten Lebensjahr betroffen. Innerhalb des sechsten Lebensjahres wurde eine Diagnose F80 (bei Auswertung von Daten aus den Jahren 2009/10) bei 37,8% der Jungen und 29,6% der Mädchen im Rahmen der ambulanten Versorgung dokumentiert. Beschränkt man die Auswertungen auf die als „gesichert“ klassifi-

zierten Diagnosen reduzieren sich die genannten Anteile nur leicht auf 35,8% und 27,6% (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Geschlechtsübergreifend wird im maßgeblich betroffenen Alter innerhalb eines Jahres etwa bei einem Drittel aller Kinder eine Diagnose F80 dokumentiert. Etwa die Hälfte der betroffenen Kinder erhalten dabei (ggf. neben anderen Diagnosen) die unspezifische Diagnose F80.9. F80-Diagnoseraten oberhalb von 10% sind bei Jungen im Alter zwischen 2 und 8 Jahren sowie bei Mädchen im Alter zwischen 3 und 6 Jahren zu beobachten. Mit zunehmendem Alter sinken die Raten. Weniger als 1% der Jugendlichen sind von einer ärztlich dokumentierten F80-Diagnose bei männlichen Jugendlichen ab einem Alter von 17 Jahren und bei weiblichen Jugendlichen ab einem Alter von 15 Jahren betroffen.

Von den näher spezifizierten umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache werden in der ambulanten ärztlichen Versorgung am häufigsten **Artikulationsstörungen (ICD10: F80.0)** diagnostiziert, die das Sprechen betreffen. Gemäß ICD10 sind darunter umschriebene Entwicklungsstörungen zu verstehen, *„bei der die Artikulation des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, seine sprachlichen Fähigkeiten jedoch im Normbereich liegen“*. Zu den Artikulationsstörungen zählen nach einer Auflistung im ICD10 zum Diagnoseschlüssel F80.0 Dyslalie, entwicklungsbedingte Artikulationsstörung, funktionelle Artikulationsstörung, Lallen sowie phonologische Entwicklungsstörung. Auch Artikulationsstörungen werden nach den vorliegenden Auswertungsergebnissen am häufigsten bei Kindern innerhalb des fünften und sechsten Lebensjahres diagnostiziert (vgl. Abbildung 37 sowie Tabelle A 30 auf Seite 240 im Anhang). Innerhalb des fünften Lebensjahres erhalten 18,2% der Jungen und 15,3% der Mädchen eine entsprechende Diagnose. Ab einem Alter von 12 Jahren bei Jungen und 11 Jahren bei Mädchen liegen die Diagnoseraten unterhalb von 1%, im Alter von 19 Jahren bei 1 bzw. 0,8 Promille.

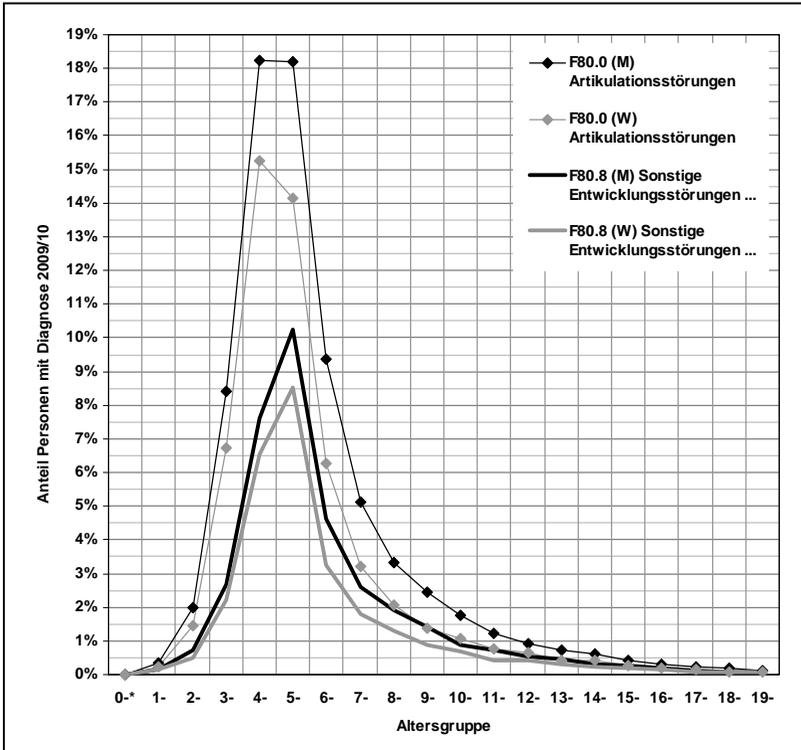


Abbildung 37 Anteil Kinder mit Artikulationsstörungen sowie sonstigen Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache (ICD10: F80.0, F80.8; BARMER GEK 2009/10)

Der gleichfalls in Abbildung 37 dargestellten Diagnose „Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache“ (ICD10: F80.8) lässt sich nach Erläuterungen zum Diagnoseschlüssel gezielt lediglich die Sprech- bzw. Aussprachestörung *Lispeln* (Sigmatismus) zuordnen, welche mit einem Gipfel im sechsten Lebensjahr bei 10,3% der Jungen und 8,5% der Mädchen dokumentiert wird.

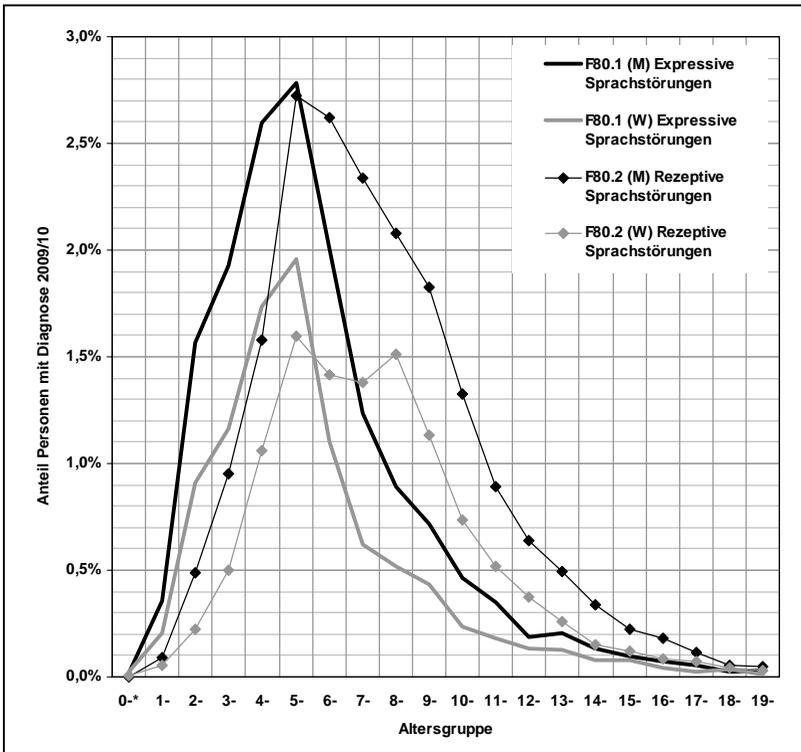


Abbildung 38 Anteil Kinder mit expressiven sowie rezeptiven Sprachstörungen (ICD10: F80.1, F80.2; BARMER GEK 2009/10)

Merklich seltener als die zuvor abgehandelten Störungen werden expressive und rezeptive Sprachstörungen (ICD10: F80.1 und F80.2) diagnostiziert (vgl. Abbildung 38 sowie Tabelle A 31 auf 241 im Anhang). Sie betreffen beide primär die Sprache, das Sprechen im Sinne der Artikulation kann allerdings auch gestört sein.

Bei **expressiven Sprachstörungen (ICD10: F80.1)** ist die Fähigkeit der Kinder, sich gesprochen sprachlich auszudrücken, beeinträchtigt. In der Erläuterung zur Diagnose innerhalb der ICD10 heißt es:

„Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der die Fähigkeit des Kindes, die expressiv gesprochene Sprache zu gebrauchen, deutlich unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt, das Sprachverständnis liegt jedoch im Normbereich. Störungen der Artikulation können vorkommen.“

Als deutliche Hinweise auf Verzögerungen des expressiven Sprachgebrauchs werden das Nichtbeherrschen einzelner Worte oder wortähnlicher Gebilde im Alter von zwei Jahren und das Unvermögen zur Bildung einfacher Zweiwortsätze im Alter von drei Jahren angesehen³⁷. Weiter heißt es bei den zitierten Autoren: *„Spätere Schwierigkeiten sind ein eingeschränktes Vokabular, häufiger Gebrauch weniger einzelner Worte, Schwierigkeiten in der Auswahl zutreffender Worte und Synonyma, kurze Satzlängen, unreife Satzstruktur und ferner syntaktische Fehler, besonders das Weglassen von Wortendungen oder Präfixen. Falscher oder fehlender Gebrauch grammatischer Einzelheiten ... die Fähigkeit zur sozialen Kommunikation ohne Worte muss relativ unbeeinträchtigt sein.“*

Expressive Sprachstörungen werden im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung am häufigsten bei Kindern im sechsten Lebensjahr erfasst, in dem 2,8% der Jungen und 2,0% der Mädchen betroffen sind (eine Beschränkung der Auswertungen auf gesicherte Diagnosen ergibt mit 2,6% und 1,8% nur leicht niedrigere Raten, Zahlen anderweitig nicht dargestellt). Gemessen an den maximalen Raten liegt die Diagnosehäufigkeit bereits im dritten Lebensjahr auf einem verhältnismäßig hohen Niveau, zeigen jedoch nach Vollendung des sechsten Lebensjahres, ähnlich wie die zuvor betrachteten Sprechstörungen, einen deutlichen Rückgang.

³⁷ H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt (Hrsg.) 2011. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern; 8., überarbeitete Aufl. ISBN-13: 978-3456850184; vgl. S.324 ff.

Bei **rezeptiven Sprachstörungen (ICD10: F80.2)** ist im Gegensatz zu expressiven Sprachstörungen primär das aufnehmende Sprachverständnis eingeschränkt, was sich dann jedoch meist zwangsläufig auch auf den eigenen, aktiven Sprachgebrauch des Kindes auswirkt:

„Eine umschriebene Entwicklungsstörung, bei der das Sprachverständnis des Kindes unterhalb des seinem Intelligenzalter angemessenen Niveaus liegt. In praktisch allen Fällen ist auch die expressive Sprache deutlich beeinflusst, Störungen in der Wort-Laut-Produktion sind häufig.“³⁸

Rezeptive Sprachstörungen führen in typischen Fällen unter den bislang aufgeführten umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache zu den deutlichsten Einschränkungen³⁹. Am häufigsten wird auch bei den rezeptiven Sprachstörungen eine Diagnose innerhalb des sechsten Lebensjahres dokumentiert. Betroffen waren in diesem Altersjahr 2,7% der Jungen und 1,6% der Mädchen – als gesicherte Diagnose wurden rezeptive Sprachstörungen dabei jedoch nur bei 2,0% der Jungen und 1,1% der Mädchen dokumentiert.

Im Gegensatz zu altersabhängigen Häufigkeiten von Sprechstörungen zeigen Diagnoseraten von rezeptiven Sprachstörungen mit zunehmendem Alter nach Vollendung des sechsten Lebensjahres nur einen verhältnismäßig langsamem Rückgang, bei Mädchen findet sich sogar ein zweiter Altersgipfel im neunten Lebensjahr. Dies dürfte zumindest teilweise mit den relativ schwerwiegenderen Einschränkungen im Kontext rezeptiver Sprachstörungen zusammenhängen: Während ein Teil der (leichteren) Sprechstörungen beispielsweise noch im Rahmen der U9 dokumentiert worden sein dürften und dann möglicherweise nur teilweise und zumeist kurzzeitige therapeutische Interventionen zur Folge gehabt haben dürften, dürften bei der Diagnose rezeptiver Sprach-

³⁸ Wortlaut der ICD10-Erläuterungen.

³⁹ Auf die erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom] im Sinne der ICD10-Diagnose F80.3 wird aufgrund der ausgesprochenen Seltenheit der Diagnose in der ambulanten Versorgung im vorliegenden Abschnitt nicht näher eingegangen.

störungen häufiger auch längerfristige Therapien erforderlich sein, die entsprechend auch eine längerfristig wiederkehrende Dokumentation der Diagnose durch die behandelnden Ärzte zur Folge hätten.

Störungen des Sprechens und der Sprache – weitere Schlüssel der ICD10

In der Systematik der ICD10 finden sich auch an einigen anderen Stellen noch Schlüssel, mit denen primär Störungen des Sprechens und der Sprache erfasst werden können, ohne dass diese Störungen mit wesentlichen anderen Defiziten einhergehen müssen oder vorrangig das Lesen oder Schreiben und damit auf die Schriftsprache beeinträchtigt ist.

Relativ häufig kodiert wird der symptomorientierte ICD10-Schlüssel **R47** „Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert“ (wobei weit überwiegend der unspezifische 4-stellige Unterschlüssel R47.8 „Sonstige und nicht näher bezeichnete Sprech- und Sprachstörungen“ verwendet wird). Der Schlüssel R47 wurde innerhalb eines Jahres bei 1,43% der Kinder im Alter zwischen 0 und 14 Jahren dokumentiert, am häufigsten betroffen waren Kinder im sechsten Lebensjahr mit Raten von 5,2% bei Jungen und 3,8% bei Mädchen (anderweitig nicht dargestellt).

Deutlich seltener werden die nachfolgend genannten 4-stelligen Diagnosen vergeben. Die Diagnose **F82.2** „Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik“ betraf 0,10% der Kinder, **F98.6** „Poltern“ lediglich 0,04%.

F98.5 „Stottern [Stammeln]“ wurde bei 0,35% der Kinder dokumentiert. Am häufigsten waren Jungen im sechsten Lebensjahr mit einer Diagnoserate von 1,15% betroffen, bei Mädchen lag das Altersmaximum mit 0,56% im vierten Lebensjahr (anderweitig nicht dargestellt).

Von den im Abschnitt aufgeführten vier Diagnosen kann lediglich die Diagnose R47 die vorausgehend dargestellten Häufigkeitsabschätzungen zu umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache im Sinne der ICD10-Diagnose F80 nennenswert beeinflussen, sofern man sie ergänzend unter einer entsprechenden Überschrift berücksichtigt.

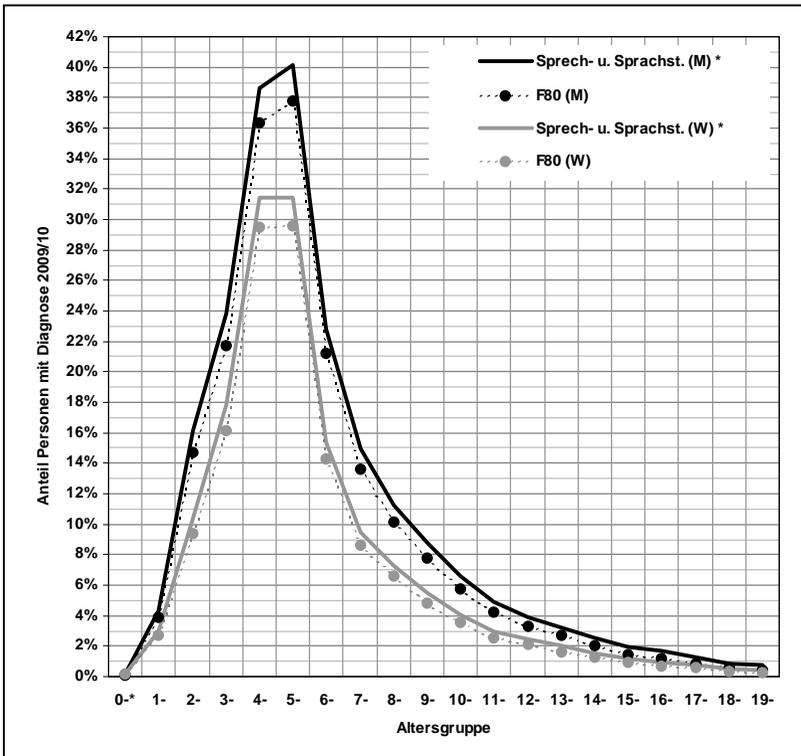


Abbildung 39 Anteil Kinder mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen (*vgl. Text; BARMER GEK 2009/10)

Abbildung 39 verdeutlicht Veränderungen der Abschätzung von altersspezifischen Häufigkeiten von umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen, wenn bei der Ermittlung von Betroffenenraten neben der Diagnose F80 ggf. ergänzend auch Kinder mit den Diagnoseschlüsseln F82.2, F98.5, F98.6 und R47 inkl. aller Subschlüssel berücksichtigt werden.

Regionale Variationen der Diagnosehäufigkeit

Bundesweit wurde innerhalb eines Jahres eine Diagnose von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (in weiterem Sinne, ICD10 F80, F82.2, F98.5, F98.6 und R47) bei 11,21% der Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren gestellt, was bezogen auf die deutsche Bevölkerung schätzungsweise 1,23 Mio. betroffenen Kindern entspricht, darunter ca. 730 Tsd. Jungen und 500 Tsd. Mädchen. Eine Beschränkung der Betrachtung ausschließlich auf die Diagnose F80 reduziert die Gesamtzahl betroffener Kinder lediglich geringfügig auf 1,12 Mio..

Bei Auswertungen auf der Ebene von Bundesländern zeigen sich in beiden Varianten der Diagnosezusammenfassung nur relativ geringe regionale Unterschiede. Abbildung 40 zeigt Ergebnisse zur Diagnosehäufigkeit von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in weiterem Sinne, Tabelle A 34 auf Seite 244 im Anhang liefert ergänzend auch Ergebnisse mit Beschränkung der Auswertung auf die Diagnose F80. Abgesehen von einer 20% unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Diagnoserate von 8,9% in Bremen ergeben sich in den Bundesländern recht ähnliche Werte zwischen 10,5% in Hessen und 11,8% in Nordrhein-Westfalen. Auch entsprechend Auswertungen auf der Ebene von Kreisen zeigen nur mäßige Variationen (vgl. Abbildung 41).

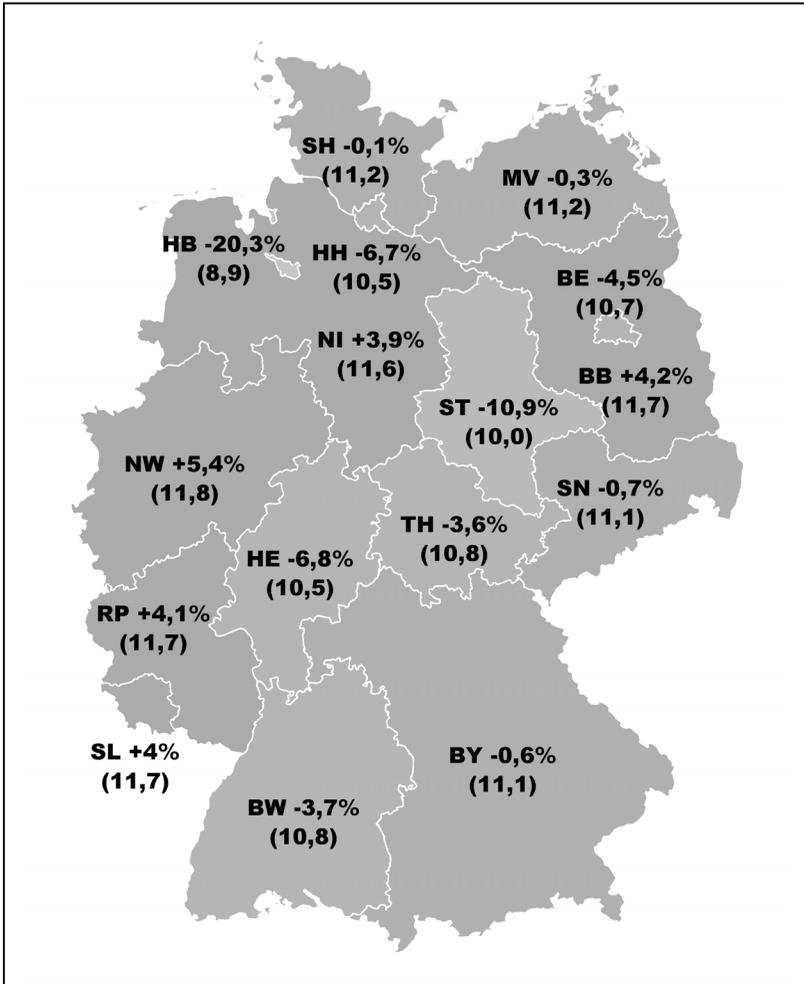


Abbildung 40 Anteil Kinder 0-14J mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen nach Bundesländern (BARMER GEK 2009/10; D2010-1J)

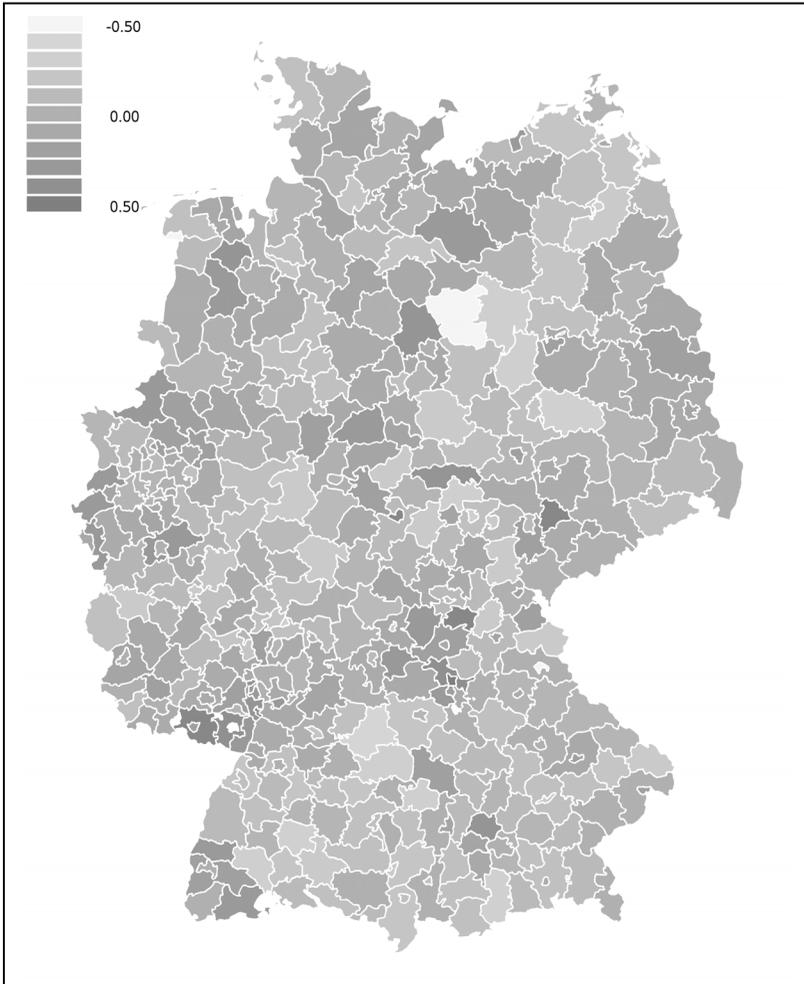


Abbildung 41 Anteil Kinder 0-14J mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen nach Kreisen (BARMER GEK 2009/10, indirekt stand.)

Erläuterung: Graustufungen entsprechend der Legende von hell bei Unterschreitung erwarteter Werte um 50% oder mehr bis dunkel bei Überschreitung erwarteter Werte um 50% oder mehr, vgl. auch methodische Hinweise und Erläuterungen auf Seite 203.

Therapie von Sprech- und Sprachstörungen – Logopädie

Die Therapie bei Feststellung von behandlungsbedürftigen umschriebenen (sowie auch bestimmten anderweitigen) Sprech- und Sprachstörungen besteht im Regelfall primär aus einer logopädischen Behandlung, mit denen sich der nachfolgende Abschnitt befasst.

Im Abrechnungssystem der gesetzlichen Krankenkassen zählen logopädische Behandlungen zum Bereich der *Heil- und Hilfsmittel* und dabei in die Subgruppe *Heilmittel*, in der unter anderem auch Leistungen von Masseuren, medizinischen Bademeistern, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und Podologen erfasst und abgerechnet werden⁴⁰. Für die Abrechnung von Leistungen im Sinne von *Heilmitteln* wird eine Kennzeichnung der Leistungen in einem 5-stelligen Schlüssel nach dem *Bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis*⁴¹ verwendet. Logopädische Leistungen sind in diesem Schlüssel durch eine Ziffer "3" an der zweiten Stelle der 5-stelligen Ziffernfolge charakterisiert und insofern in den Abrechnungsdaten gut identifizierbar⁴².

Abbildung 42 zeigt geschlechtsübergreifend den auf der Basis von Abrechnungsdaten ermittelten Anteil der innerhalb von einzelnen Lebensjahren (mindestens einmalig) logopädisch behandelten Kinder. Geschlechtsspezifische Werte sind Tabelle A 32 auf Seite 242 im Anhang zu entnehmen.

⁴⁰ Ausführliche Auswertungen zum Thema *Heil- und Hilfsmittel* werden regelmäßig im BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport publiziert, z.B.: Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.: BARMER (2011) GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. Asgard-Verlag, St. Augustin, ISBN 978-3-537-44110-2

⁴¹ Vgl. Internetseiten des GKV Spitzenverbandes zum Datenaustausch: http://www.gkv-datenaustausch.de/upload/Heilmittel-060920_7231.pdf

⁴² Die erste Ziffer charakterisiert den Leistungserbringer, Ziffer 2 und 3 die Leistungsart, wobei logopädische Leistungen in die Leistungsarten Erstuntersuchungen (30), Einzelbehandlungen (31), Gruppenbehandlungen (32), ausführliche sprachtherapeutische Berichte (33) sowie Beratung (34) aufgeteilt sind.

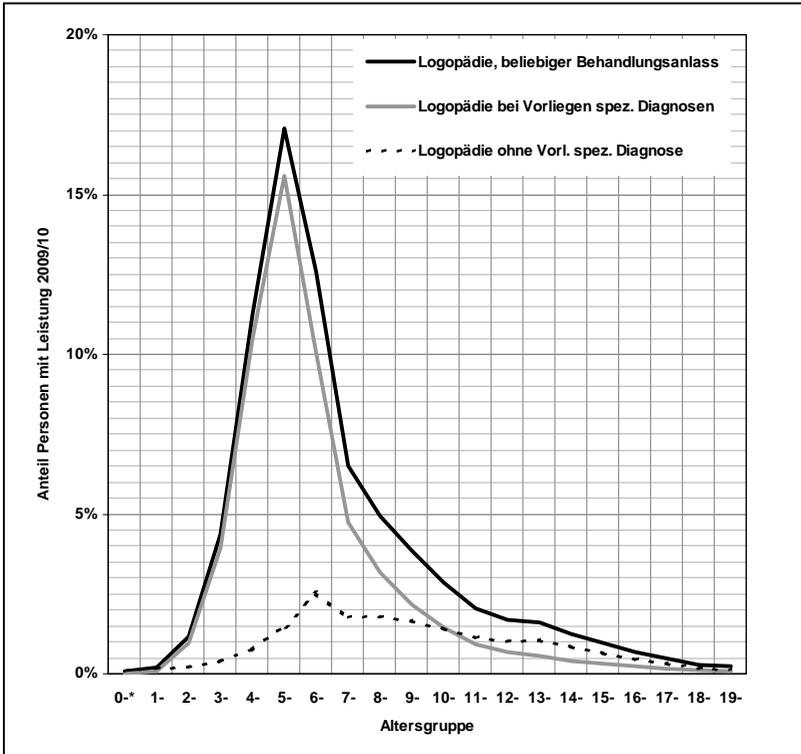


Abbildung 42 Logopädiebehandlungsraten nach Alter (vgl. Text; BARMER GEK 2009/10)

Als durchgezogene schwarze Linie wird in der Abbildung zuoberst der Anteil der Kinder angegeben, der innerhalb einzelner Altersjahre mindestens einmalig beliebige logopädische Leistungen aufgrund beliebiger Anlässe erhielt. Ausgesprochen häufig werden in der betrachteten Altersspanne bei einer Rate von 17,1% Kinder im Alter von 5 Jahren behandelt (Jungen: 19,8%; Mädchen 14,2%). Die durchgezogene graue Linie verdeutlicht den Anteil der Kinder in Altersgruppen, der logopädische Leistungen erhielt und dabei im selben Lebensjahr nach Diagnoseangaben aus der ambulanten ärztlichen Versorgung

von einer umschriebenen Störung des Sprechens und der Sprache in weiterem Sinne betroffen war (ICD10 F80, F82.2, F98.5, F98.6 und R47 inkl. aller Schlüssel). Die gestrichelte Linie verdeutlicht demgegenüber schließlich den Anteil der Kinder mit Logopädie ohne eine der zuvor genannten Diagnosen (die Werte zu den beiden letztgenannten Linien ergeben dabei zusammen wieder die Werte der zuoberst dargestellten Gesamtbehandlungsrate).

Offensichtlich wird bei der Darstellung, dass ein weit überwiegender Teil aller abgerechneten Logopädiebehandlungen bei Kindern im Vorschulalter die Kinder betrifft, bei denen gleichzeitig auch umschriebenen Störung des Sprechens und der Sprache diagnostiziert wurden. Erst ab einem Alter von 11 Jahren ist bei einem überwiegenden Teil der Kinder mit logopädischer Behandlung im selben Lebensjahr keine Diagnose einer umschriebenen Störung des Sprechens und der Sprache dokumentiert (vgl. auch Tabelle A 33 auf Seite 243 im Anhang).

Nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen erhielten innerhalb eines Jahres 4,65% aller Kinder im Alter zwischen 0 und 14 Jahren eine logopädische Behandlung, was nach Hochrechnung auf die deutsche Bevölkerung 2010 etwa 508 Tsd. behandelten Kindern entspricht, darunter gut 300 Tsd. Jungen und knapp 208 Tsd. Mädchen. Von den behandelten Kindern waren mit 76,5% altersübergreifend mehr als drei Viertel gleichzeitig von einer umschriebenen Störung des Sprechens oder der Sprache betroffen, logopädisch behandelte Kinder ohne eine entsprechende Diagnose bilden damit klar eine Minderheit⁴³. Dies gilt insbesondere für die maßgeblich logopädisch behandelten Gruppen der Vier- und Fünfjährigen, bei denen in mehr als 90% der Fälle gleichzeitig auch die Diagnose einer umschriebenen Störung des Sprechens oder der Sprache dokumentiert war.

⁴³ *Relativ häufig logopädisch behandelt werden beispielsweise auch Kinder mit bestimmten angeborenen Fehlbildungen (z.B. Gaumenspalte) und Chromosomenanomalien sowie mit neurologischen Schädigungen und Erkrankungen. Bei diesen Kindern können dann keine "umschriebenen Entwicklungsstörungen" diagnostiziert werden, da eine organische Ursache für Sprech- oder Sprachstörungen bekannt ist.*

Umgekehrt wie bei der vorausgehenden Betrachtung lässt sich auch fragen, welcher Anteil von Kindern mit der Diagnose einer umschriebenen Störung des Sprechens oder der Sprache eine ärztlich verordnete logopädische Behandlung erhält. Abbildung 43 stellt entsprechende Ergebnisse für Geschlechts- und Altersgruppen dar (die sich auch aus den bereits im Anhang berichteten Zahlenwerten errechnen lassen).

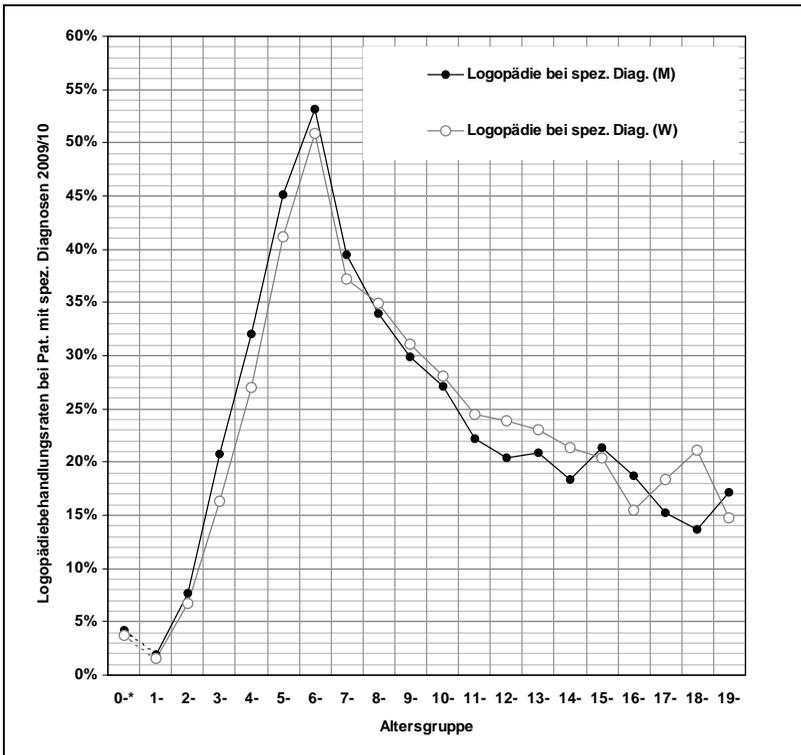


Abbildung 43 Logopädiebehandlungsraten bei umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen (vgl. Text; BARMER GEK 2009/10)

Von den Kindern mit einer Diagnose von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (in weiterem Sinne, ICD10 F80, F82.2, F98.5, F98.6 und R47) erhielten im Jahr der Diagnoseerfassung altersabhängig unterschiedliche Anteile ärztlich verordnete logopädische Behandlungen.

Die höchsten Raten von über 50% lassen sich für das siebte Lebensjahr ermitteln. Alters- und geschlechtsübergreifend lag die logopädische Behandlungsrate von Kindern mit der Diagnose von umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache bei 31,7% (Jungen: 32,6%; Mädchen 30,4%).

Leider können diese bezogen auf einzelne Lebensjahre ermittelten Werte nur eingeschränkt Aufschluss darüber geben, welcher Anteil der Kinder mit Sprech- oder Sprachstörungen im Kontext der Diagnose jemals eine logopädische Behandlung erhält, da einige Kinder bereits in vorausgehenden Jahren logopädisch behandelt worden sein dürften und einige Kinder mit Diagnose noch in Folgezeiträumen eine entsprechende Behandlung erhalten bzw. erhalten haben dürften. Der Anteil der Kinder mit diagnostizierten Sprech- oder Sprachstörungen im hier betrachteten Sinn, der im Laufe der Kindheit jemals logopädisch behandelt wurde, dürfte demnach noch merklich über den genannten 31,7% liegen. Genauere Abschätzungen wären erst bei einer Verfügbarkeit von Daten über längere Zeiträume möglich, die für die jetzt durchgeführten Auswertungen noch nicht zur Verfügung standen.

Trotz der genannten Einschränkungen lässt sich festhalten, dass Diagnosen von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in vielen Fällen mit therapeutische Konsequenzen in Form einer logopädischen Behandlung verknüpft sind und damit häufig keinesfalls nur einen Nebenbefund bildet, der ohne Folgen dokumentiert wird. Der weit überwiegende Teil aller logopädischer Behandlungen im Kindesalter erfolgt im Kontext von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache. Eine entsprechende Diagnose wird ausgesprochen häufig bei Kindern im Alter von 4 und 5 Jahren gestellt. Logopädische Behandlungen werden am häufigsten bei Kindern im Alter von 5 Jahren durchgeführt. Die höchsten Behandlungsraten

zeigen sich, bezogen auf Kindern mit Diagnosen von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, im Alter von 6 Jahren. Im Alter von 3 Jahren erhält demgegenüber erst ein vergleichsweise kleiner Teil der Kinder mit entsprechenden Diagnosen eine logopädische Behandlung. Da bei umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache in der Regel von einem frühzeitigen Beginn der Störung in der Kindheit auszugehen ist, wäre zu diskutieren, ob und wie die ambulante Versorgung durch eine noch frühzeitigere Diagnostik und insbesondere eine noch frühzeitigere Therapie der Störungen optimiert werden könnte.

5 Anhang

5.1 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 Angaben des Statistischen Bundesamtes unter www.gbe-bund.de). Für Abschätzungen von absoluten Bevölkerungswerten in Deutschland sowie aktuelle Auswertungen wurde in der Regel auf entsprechende Angaben zum Jahr 2010 zurückgegriffen.

Tabelle 36 Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2005 und 2010

Altersgruppe	Anzahl Männer 2005	Anzahl Frauen 2005	Anzahl Männer 2010	Anzahl Frauen 2010
0	356.598	338.768	344.107	327.370
1 - 4	1.496.093	1.421.631	1.404.418	1.332.509
5 - 9	2.037.981	1.933.777	1.849.770	1.757.470
10 - 14	2.156.023	2.045.998	2.033.742	1.930.094
15 - 19	2.467.847	2.344.022	2.168.646	2.059.370
20 - 24	2.471.447	2.400.604	2.533.942	2.429.687
25 - 29	2.435.365	2.363.810	2.517.945	2.444.777
30 - 34	2.621.256	2.525.406	2.422.343	2.363.169
35 - 39	3.495.827	3.318.519	2.588.440	2.515.794
40 - 44	3.663.754	3.489.322	3.446.718	3.297.831
45 - 49	3.180.692	3.077.093	3.597.519	3.461.426
50 - 54	2.797.457	2.800.967	3.099.165	3.041.644
55 - 59	2.330.738	2.344.900	2.692.777	2.750.063
60 - 64	2.424.215	2.509.020	2.201.357	2.276.223
65 - 69	2.520.879	2.761.003	2.225.314	2.404.864
70 - 74	1.667.259	2.017.734	2.230.709	2.595.986
75 - 79	1.211.137	1.819.227	1.363.986	1.805.660
80 - 84	652.203	1.499.057	865.809	1.467.079
85 - 89	221.381	632.291	368.808	978.534
90 und älter	140.834	472.209	144.356	418.050
gesamt	40.348.986	42.115.358	40.099.871	41.657.600
	insgesamt	82.464.344	insgesamt	81.757.471

5.2 Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse

Bei der indirekten Geschlechts- und Altersstandardisierung handelt es sich um ein in der Epidemiologie häufig angewendetes Verfahren. Das Ziel der indirekten Standardisierung ist es (wie bei der direkten Standardisierung), Erkrankungsraten oder ähnliche Maße in unterschiedlichen Populationen adäquat vergleichen zu können, selbst wenn diese eine unterschiedliche Geschlechts- und Altersstruktur aufweisen. Würden beispielsweise in einer Region A überwiegend alte Menschen und in einer Region B überwiegend junge Menschen leben, wäre eine höhere Erkrankungsrate in Region A zu erwarten, würde jedoch ggf. nichts über eine besondere gesundheitliche Gefährdung in Region A aussagen, da die höhere Rate im Vergleich zu Region B allein aus der abweichenden Altersstruktur resultieren könnte. Dies Problem wird mit der indirekten Geschlechts- und Altersstandardisierung umgangen. Dazu werden den real beobachteten Werten in einer Region A genau die Werte gegenübergestellt, die aufgrund der realen Geschlechts- und Altersstruktur in Region A nach geschlechts- und altersspezifischen Raten aus einer Referenzpopulation (beispielsweise aus den überregionalen Ergebnissen zur Gesamtpopulation) hätten erwartet werden können. Im Gegensatz zur direkten Standardisierung werden bei der indirekten Standardisierung keine ausreichenden Besetzungen aller Geschlechts- und Altersgruppen gefordert, weshalb sie insbesondere für Vergleiche von kleineren oder von heterogeneren Gruppen geeignet ist. Ein Nachteil der indirekten Standardisierung besteht darin, dass durch die Quotientenbildung aus beobachteten und erwarteten Werten primär nur relative Abweichungen ermittelt werden (z.B. ein Wert von 1,2 oder 120% im Sinne einer regional 20%tigen Überschreitung der geschlechts- und altersspezifisch erwarteten Werte bzw. bei Angabe von +/- Abweichungen ein Wert von 0,2). Unter der Voraussetzung halbwegs homogener Besetzungen von Geschlechts- und Altersgruppen können aus den relativen Abweichungen unter gewissen Grundannahmen durch eine Multiplikation mit dem Ergebnis zur Referenzpopulation b.

B. auch wieder anschaulichere Ergebnisse berechnet werden (aus einer relativen regionalen Rate von 1,2 in Region A würde sich beispielweise bei einer überregionalen durchschnittlichen Erkrankungshäufigkeit von 30% dann eine standardisierte Erkrankungshäufigkeit von $1,2 \cdot 30\% = 36\%$ für Region A ergeben).

Alle im Arztreport 2012 bildlich dargestellten Auswertungsergebnissen im Sinne von kleinräumigen Analysen zu einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten sind auf der Basis von bundesweit ermittelten geschlechts- und altersspezifischen Ergebnissen indirekt standardisiert. Nur in einigen wenigen Kreisen konnte bei Auswertungen eine zu geringe Zahl von Versicherten (Kindern) identifiziert werden. Die Flächen entsprechender Kreise sind weiß gefüllt, was sich leider von der Abstufung hellerer Graustufen in den Schwarz-Weiß-Darstellungen nur schwer abgrenzen lässt.

5.3 Abkürzungen, ICD10-Kapitel

Häufiger verwendete Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
BSNR	Betriebsstättennummer
BVA	Bundesversicherungsamt
D2005	Standardisiert nach durchschnittlicher Bevölkerung Deutschland 2005
D2010	Standardisiert nach durchschnittlicher Bevölkerung Deutschland 2010
D2010-1J	Standardisiert nach Bevölkerung Deutschlands am 31.12.2010 in 1-Jahres-Altersgruppen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (hier vorrangig für die Kennzeichnung von Abrechnungsziffern des EBM verwendet)
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision (vgl. www.dimdi.de)
IK	Institutionskennzeichen (wird u.a. bei Krankenhäusern verwendet)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KI	Konfidenzintervall (Vertrauensbereich)
KV	Kassenärztliche Vereinigung (zumeist auf Bundesland-Ebene)
LANR	Lebenslange Arztnummer
MW	Mittelwert
OECD	Organisation de coopération et de développement économiques
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel (vgl. www.dimdi.de)
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung -
stand.	Direkt alters- (und ggf. geschlechts-) standardisiert - vgl. Erläuterungen im Anhang
STIKO	Ständige Impfkommission (vgl. www.rki.de)

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

5.4 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 2010

Alter	Männer BARMER GEK	Frauen BARMER GEK	Gesamt* BARMER GEK
0	99,5%	99,4%	99,5%
1-4	99,0%	98,9%	99,0%
5-9	95,6%	95,3%	95,5%
10-14	90,8%	91,0%	90,9%
15-19	88,2%	95,0%	91,5%
20-24	80,7%	95,8%	88,1%
25-29	79,0%	94,9%	86,8%
30-34	79,3%	94,3%	86,7%
35-39	81,3%	93,8%	87,4%
40-44	82,4%	93,4%	87,8%
45-49	83,7%	93,2%	88,3%
50-54	85,8%	94,2%	90,0%
55-59	88,7%	94,7%	91,7%
60-64	91,3%	95,0%	93,2%
65-69	93,8%	95,9%	94,9%
70-74	96,0%	96,6%	96,3%
75-79	97,2%	97,3%	97,2%
80-84	97,5%	97,6%	97,5%
85-89	97,8%	97,9%	97,9%
90-	97,6%	98,1%	98,0%
Gesamt*	87,6%	95,0%	91,4%

* standardisiert D2010

Tabelle A 2 Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2010

Alter	Männer BARMER GEK	Frauen BARMER GEK	Gesamt* BARMER GEK
0	6,55	6,33	6,45
1-4	6,62	6,25	6,44
5-9	5,49	5,16	5,33
10-14	4,62	4,62	4,62
15-19	4,31	7,69	5,95
20-24	3,67	8,20	5,89
25-29	3,67	8,41	6,01
30-34	3,98	8,72	6,32
35-39	4,54	8,61	6,55
40-44	4,96	8,54	6,71
45-49	5,51	8,90	7,17
50-54	6,36	10,15	8,24
55-59	7,63	10,91	9,28
60-64	8,96	11,59	10,30
65-69	10,54	12,72	11,67
70-74	12,23	13,09	12,69
75-79	13,63	13,38	13,49
80-84	13,90	12,50	13,02
85-89	13,27	11,33	11,86
90-	11,96	9,93	10,45
Gesamt*	6,61	9,49	8,08

* standardisiert D2010

Tabelle A 3 Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2010

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

* standardisiert D2010

Tabelle A 4 *Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2010*

Alter	Männer BARMER GEK (in Euro)**	Frauen BARMER GEK (in Euro)**	Gesamt* BARMER GEK (in Euro)**
0	466	460	463
1-4	363	337	350
5-9	298	253	276
10-14	261	230	246
15-19	206	327	265
20-24	177	364	269
25-29	199	451	323
30-34	227	509	366
35-39	272	499	384
40-44	303	475	387
45-49	341	497	418
50-54	400	565	482
55-59	486	615	551
60-64	591	665	629
65-69	677	725	702
70-74	797	777	786
75-79	934	842	881
80-84	989	819	882
85-89	982	787	840
90-	893	749	786
Gesamt*	410	537	475

* standardisiert D2010 ** unter Annahme eines einheitlichen Punktwertes von 3,5048 Cent

Tabelle A 5 Fachgebietscodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach 3 Zuordnungsvarianten (BARMER GEK, D2010), Fachgebietsgruppierung

Code	Fachgebietsbezeichnung	Ziffernbezogen	Fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	20,36%	20,43%	22,20%	Hausarzt Allgemeinmedizin
02	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)	3,33%	3,31%	2,82%	Hausarzt Allgemeinmedizin
03	Internist (Hausarzt)	9,13%	9,10%	8,58%	Hausarzt Internist
04	Anästhesiologie	0,66%	0,66%	0,62%	Sonstige
05	Augenheilkunde	2,83%	2,83%	2,84%	Augenarzt
06	Chirurgie	1,21%	1,21%	1,15%	Chirurgie
07	Gefäßchirurgie	0,20%	0,20%	0,20%	Chirurgie
08	Viszeralchirurgie	0,05%	0,05%	0,03%	Chirurgie
09	Kinderchirurgie	0,05%	0,05%	0,04%	Chirurgie
10	Orthopädie	4,19%	4,20%	4,38%	Orthopädie
11	Unfallchirurgie	0,62%	0,62%	0,61%	Chirurgie
12	Chirurgie/Rheumatologie	0,27%	0,27%	0,22%	Chirurgie
13	Plastische Chirurgie	0,05%	0,05%	0,04%	Chirurgie
14	Thoraxchirurgie	0,00%	0,00%	0,00%	Chirurgie
15	Frauenheilkunde	8,40%	8,40%	8,39%	Gynäkologie
16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,04%	0,04%	0,04%	Gynäkologie
17	Gynäkologische Onkologie	0,02%	0,02%	0,02%	Gynäkologie
18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	0,01%	0,01%	0,00%	Gynäkologie
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2,72%	2,72%	2,74%	HNO
20	Phoniatrie	0,06%	0,06%	0,06%	HNO
21	Geschlechtskrankheiten	2,91%	2,91%	2,87%	Hautarzt
22	Humangenetik	0,03%	0,03%	0,02%	Sonstige
23	Internist	1,46%	1,43%	1,19%	Internist (FA)
24	Angiologie	0,14%	0,14%	0,12%	Internist (FA)

Code	Fachgebietsbezeichnung	Ziffern- bezogen	Fall- bezogen	BSNR*- bezogen	Gruppierung
25	Endokrinologie und Diabetologie	0,19%	0,19%	0,18%	Internist (FA)
26	Gastroenterologie	0,56%	0,55%	0,48%	Internist (FA)
27	Hämatologie und Onkologie	0,62%	0,62%	0,55%	Internist (FA)
28	Kardiologie	1,03%	1,02%	1,00%	Internist (FA)
29	Nephrologie	0,68%	0,69%	0,64%	Internist (FA)
30	Pneumologie	0,80%	0,80%	0,77%	Internist (FA)
31	Innere Medizin/ Rheumatologie	0,53%	0,53%	0,46%	Internist (FA)
32	Geriatrie	0,00%	0,00%	0,00%	Internist (FA)
33	Infektiologie	0,00%	0,00%	0,00%	Internist (FA)
34	Kinderarzt (Hausarzt)	3,05%	3,06%	2,92%	Kinder- und Jugendmedizin
35	Kinder-Hämatologie und – Onkologie (Hausarzt)	0,00%	0,00%	0,00%	Kinder- und Jugendmedizin
36	Kinder-Kardiologie (Hausarzt)	0,05%	0,04%	0,04%	Kinder- und Jugendmedizin
37	Neonatologie (Hausarzt)	0,04%	0,04%	0,04%	Kinder- und Jugendmedizin
38	Neuropädiatrie (Hausarzt)	0,02%	0,02%	0,02%	Kinder- und Jugendmedizin
39	Kinder-Pneumologie (Hausarzt)	0,00%	0,00%	0,00%	Kinder- und Jugendmedizin
40	Kinderarzt (Facharzt)	0,08%	0,08%	0,07%	Kinder- und Jugendmedizin
41	Kinder-Hämatologie und – Onkologie (Facharzt)	0,00%	0,00%	0,00%	Kinder- und Jugendmedizin
42	Kinder-Kardiologie (Facharzt)	0,02%	0,02%	0,02%	Kinder- und Jugendmedizin
43	Neonatologie (Facharzt)	0,02%	0,02%	0,01%	Kinder- und Jugendmedizin
44	Neuropädiatrie (Facharzt)	0,01%	0,01%	0,01%	Kinder- und Jugendmedizin
45	Kinder-Pneumologie (Facharzt)	0,00%	0,00%	0,00%	Kinder- und Jugendmedizin
46	Kinder- und Jugendmedizin	0,13%	0,13%	0,13%	Kinder- und

Code	Fachgebietsbezeichnung	Ziffern- bezogen	Fall- bezogen	BSNR*- bezogen	Gruppierung
	mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung				Jugendmedizin
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	0,21%	0,21%	0,21%	Kinder- und Jugendmedizin
48	Laboratoriumsmedizin	12,99%	13,13%	14,63%	Labormedizin
49	Mikrobiologie	1,44%	1,34%	0,15%	Labormedizin
50	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,05%	0,05%	0,05%	Chirurgie
51	Nervenheilkunde	1,42%	1,42%	1,43%	Neurologie - Nervenheilkunde
52	Neurochirurgie	0,16%	0,16%	0,13%	Neurologie - Nervenheilkunde
53	Neurologie	0,55%	0,55%	0,53%	Neurologie - Nervenheilkunde
54	Nuklearmedizin	0,57%	0,58%	0,39%	Radiologie - Nuklearmedizin
55	Neuropathologie	0,03%	0,03%	0,00%	Pathologie
56	Pathologie	1,14%	1,13%	1,07%	Pathologie
57	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,25%	0,24%	0,21%	Sonstige
58	Psychiatrie und Psychotherapie	0,51%	0,51%	0,47%	Neurologie - Nervenheilkunde
59	Forensische Psychiatrie	0,00%	0,00%	0,00%	Neurologie - Nervenheilkunde
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,14%	0,14%	0,13%	Neurologie - Nervenheilkunde
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	0,13%	0,13%	0,12%	Neurologie - Nervenheilkunde
62	Radiologie	2,48%	2,47%	2,76%	Radiologie - Nuklearmedizin
63	Kinderradiologie	0,01%	0,01%	0,01%	Radiologie - Nuklearmedizin
64	Neuroradiologie	0,05%	0,05%	0,02%	Radiologie - Nuklearmedizin
65	Strahlentherapie	0,33%	0,34%	0,33%	Radiologie - Nuklearmedizin
66	Transfusionsmedizin	0,08%	0,08%	0,04%	Sonstige

Co- de	Fachgebietsbezeichnung	Ziffern- bezogen	Fall- bezogen	BSNR*- bezogen	Gruppierung
67	Urologie	2,91%	2,91%	2,81%	Urologie
68	Psychologischer Psychotherapeut	0,74%	0,74%	0,73%	Psychotherapeut
69	Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut	0,11%	0,11%	0,11%	Psychotherapeut
70	zur freien Verfügung der KVen	0,02%	0,02%	0,02%	Sonstige
72	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
74	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
75	zur freien Verfügung der KVen	0,01%	0,01%	0,01%	Sonstige
76	zur freien Verfügung der KVen	0,11%	0,11%	0,11%	Sonstige
77	zur freien Verfügung der KVen	0,01%	0,01%	0,01%	Sonstige
78	zur freien Verfügung der KVen	0,03%	0,03%	0,02%	Sonstige
79	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
80	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
81	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
88	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
89	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
90	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
91	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
93	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
98	zur freien Verfügung der KVen	0,00%	0,00%	0,00%	Sonstige
99	sonstige Fachgruppen	0,46%	0,45%	0,45%	Sonstige
00	unbekannt	6,47%	6,47%	6,47%	unbekannt
	Gesamt	100%	100%	100%	

* BSNR: Betriebsstättennummer (vgl. auch Seite 33); Geschlechts- und altersstandardisierte Verteilung (D2010) von 494 Mio. Abrechnungsziffern bei 71 Mio. Abrechnungsfällen zu insgesamt 8.283.911 auswertungsrelevanten Versicherten der BARMER GEK 2010.

Tabelle A 6 Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Anteil Betroffene nach Geschlecht und Alter 2010

Alter	Anteil mit Abrechnung einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bzw. mit abgerechneter zytologischer Untersuchung (EBM 01733)		
	Frauen EBM 01730	Frauen EBM 01733	Männer EBM 01731
0	0,0%	0,0%	0,0%
1-4	0,0%	0,0%	0,0%
5-9	0,0%	0,0%	0,0%
10-14	0,0%	0,0%	0,0%
15-19	0,0%	0,2%	0,0%
20-24	56,7%	55,4%	0,0%
25-29	64,4%	62,9%	0,0%
30-34	63,0%	61,6%	0,0%
35-39	60,1%	58,8%	0,0%
40-44	58,3%	56,9%	0,0%
45-49	57,1%	55,5%	11,8%
50-54	53,8%	52,2%	17,5%
55-59	49,2%	47,6%	21,5%
60-64	47,7%	46,1%	26,7%
65-69	47,1%	45,3%	32,8%
70-74	42,3%	40,8%	36,9%
75-79	31,5%	30,3%	36,5%
80-84	18,0%	17,3%	31,8%
85-89	9,5%	9,1%	24,8%
90-	4,1%	3,9%	17,3%
Gesamt (D2010)	41,0%	39,9%	11,4%

BARMER GEK 2010

Tabelle A 7 Früherkennungsleistungen Darmkrebs EBM 01734, 01740, 01741:
Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK)

Alter	EBM 01734		EBM 01740		EBM 01741	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
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	29,7%	8,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
55-59	20,6%	10,3%	17,6%	10,8%	3,3%	3,0%
60-64	16,8%	12,2%	11,2%	10,1%	2,2%	2,4%
65-69	15,9%	14,1%	10,5%	10,3%	1,9%	2,1%
70-74	14,7%	15,6%	9,8%	10,3%	1,5%	1,8%
75-79	12,0%	15,2%	8,9%	10,0%	1,1%	1,4%
80-84	7,8%	13,4%	6,8%	9,0%	0,5%	0,8%
85-89	4,6%	10,5%	5,1%	7,5%	0,2%	0,3%
90-	2,2%	6,7%	3,3%	5,4%	0,0%	0,1%
D2010	7,21%	4,62%	3,78%	3,05%	0,61%	0,62%
	Gesamt:	5,94%	Gesamt:	3,42%	Gesamt:	0,61%

EBM 01734: Untersuchung auf Blut im Stuhl

EBM 01740: Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

EBM 01741: Totale Koloskopie gem. Krebsfrüherkennungsrichtlinien

Tabelle A 8 Früherkennungsleistungen EBM 01732, 01745-6, 01750 [nur Frauen]: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK)

Alter	EBM 01732		EBM 01750		EBM 01745,6	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
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%		0,5%	0,4%
20-24	0,0%	0,0%	0,0%		1,0%	0,6%
25-29	0,0%	0,0%	0,0%		1,2%	0,7%
30-34	0,0%	0,0%	0,0%		1,3%	0,8%
35-39	17,4%	14,2%	0,0%		14,0%	10,6%
40-44	20,3%	17,2%	0,0%		14,9%	11,6%
45-49	21,8%	19,3%	0,0%		14,8%	12,5%
50-54	23,7%	21,7%	25,4%		15,4%	13,3%
55-59	25,5%	23,5%	27,5%		15,9%	14,4%
60-64	27,5%	25,9%	27,6%		17,3%	16,1%
65-69	29,0%	27,7%	26,8%		18,3%	18,0%
70-74	29,8%	29,2%	3,1%		18,1%	19,3%
75-79	29,1%	28,6%	0,0%		16,8%	18,8%
80-84	26,5%	27,0%	0,0%		14,4%	17,2%
85-89	22,7%	24,4%	0,0%		11,6%	15,2%
90-	17,4%	19,9%	0,0%		8,3%	12,4%
D2010	15,82%	13,82%	6,92%		10,37%	9,09%
	Gesamt:	14,84%			Gesamt:	9,74%

EBM 01732: Gesundheitsuntersuchung

EBM 01750: Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening

EBM 01745,6: Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Tabelle A 9 Anteil Kinder mit Arztkontakt innerhalb eines Jahres bzw. Quartals nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)

Alter (J)	Kontakt innerhalb eines Jahres			Kontakt innerhalb eines Quartals**		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	99,3%	99,3%	99,3%	91,4%	90,4%	90,9%
1	99,0%	98,8%	98,9%	85,9%	84,8%	85,4%
2	98,4%	98,3%	98,3%	80,6%	79,1%	79,9%
3	98,2%	97,7%	97,9%	81,2%	78,7%	80,0%
4	98,0%	97,7%	97,9%	77,7%	74,8%	76,3%
5	98,1%	97,9%	98,0%	78,1%	74,2%	76,2%
6	96,2%	95,6%	95,9%	72,3%	69,7%	71,1%
7	94,6%	94,0%	94,3%	69,3%	66,7%	68,1%
8	93,8%	93,0%	93,4%	68,1%	66,0%	67,1%
9	93,2%	92,8%	93,0%	67,6%	65,2%	66,5%
10	92,2%	92,3%	92,2%	66,0%	64,4%	65,3%
11	91,7%	91,3%	91,5%	64,1%	61,7%	63,0%
12	90,6%	90,3%	90,4%	62,6%	61,1%	61,9%
13	90,0%	90,6%	90,3%	60,6%	62,0%	61,3%
14	88,9%	91,2%	90,0%	59,0%	66,4%	62,6%
15	87,7%	92,8%	90,2%	58,4%	74,0%	66,0%
16	88,6%	94,5%	91,5%	59,9%	80,1%	69,7%
17	88,6%	95,2%	91,8%	58,9%	82,9%	70,6%
18	84,8%	94,8%	89,7%	53,4%	81,6%	67,1%
19	80,7%	94,3%	87,4%	49,5%	79,8%	64,3%
0-14 *	94,6%	94,5%	94,5%	71,7%	70,6%	71,2%

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010

** Jeweils im vierten Quartal des genannten Altersjahres

Tabelle A 10 Anzahl Behandlungsfälle und Tage mit Leistungsabrechnung bei Kindern nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)

Alter (J)	Anzahl Behandlungsfälle innerhalb eines Jahres			Anzahl Tage mit Abrechnung von Leistungen innerhalb eines Jahres		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	6,71	6,51	6,61	11,90	11,51	11,71
1	6,79	6,49	6,64	11,38	10,80	11,09
2	6,33	5,95	6,15	9,27	8,62	8,96
3	6,63	6,13	6,39	9,74	8,93	9,35
4	6,56	6,10	6,33	9,69	8,93	9,32
5	6,46	5,91	6,19	9,73	8,75	9,26
6	5,73	5,33	5,53	8,51	7,66	8,10
7	5,22	4,88	5,05	7,86	7,03	7,45
8	5,13	4,84	4,99	7,90	7,12	7,52
9	5,06	4,81	4,94	7,87	7,09	7,49
10	4,91	4,73	4,82	7,68	6,97	7,33
11	4,80	4,62	4,71	7,42	6,73	7,09
12	4,69	4,62	4,65	7,15	6,71	6,93
13	4,63	4,81	4,72	6,98	6,94	6,96
14	4,51	5,36	4,93	6,70	7,74	7,20
15	4,36	6,48	5,39	6,41	9,30	7,82
16	4,43	7,66	6,00	6,41	10,93	8,61
17	4,49	8,47	6,43	6,55	12,22	9,31
18	4,15	8,44	6,24	6,04	12,36	9,12
19	3,85	8,41	6,07	5,66	12,23	8,86
0-14 *	5,56	5,37	5,47	8,56	8,03	8,31

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010

Tabelle A 11 Approximative Behandlungskosten sowie Zahl der Diagnosen bei Kindern nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)

Alter (J)	Behandlungskosten innerhalb eines Jahres [Euro]**			Anzahl unterschiedliche Diagnosen innerhalb eines Jahres ***		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	461	453	457	8,12	7,49	7,81
1	360	343	352	9,20	8,63	8,93
2	317	286	302	8,41	7,67	8,05
3	338	301	320	8,71	7,91	8,32
4	345	310	328	8,51	7,77	8,15
5	346	296	322	8,11	7,29	7,71
6	288	245	267	6,64	6,14	6,40
7	281	230	256	6,02	5,64	5,83
8	292	244	269	5,82	5,55	5,69
9	291	241	267	5,67	5,44	5,56
10	283	237	260	5,46	5,33	5,40
11	271	227	249	5,26	5,14	5,20
12	258	225	242	5,06	5,01	5,04
13	249	231	240	4,97	5,12	5,04
14	229	250	239	4,83	5,58	5,19
15	215	287	250	4,61	6,37	5,47
16	208	322	263	4,72	7,26	5,95
17	207	353	278	4,92	7,87	6,35
18	188	348	266	4,61	7,84	6,19
19	176	341	256	4,33	7,77	6,01
0-14 *	304	272	289	6,63	6,31	6,47

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010

** Unter Zugrundelegung eines einheitlichen Punktwertes von 3,5048 Cent

*** Unterscheidbare gültige 3-stellige ICD10-Diagnoseschlüssel aus den Kapiteln 1 bis 17 oder aus Kapitel 19 der ICD10

Tabelle A 12 Anzahl Behandlungsfälle bei Kinderärzten, Allgemeinärzten sowie Gynäkologen in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10)

Alter (J)	Anz. Behandlungsfälle innerhalb eines Jahres Kinderärzte			Anz. Behandlungsfälle innerhalb eines Jahres Allgemeinärzte**			Gynäkologen
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	weiblich
0	4,30	4,20	4,25	0,57	0,56	0,57	0,04
1	4,23	4,13	4,18	0,82	0,80	0,81	0,01
2	3,55	3,46	3,51	0,87	0,83	0,85	0,01
3	3,40	3,28	3,35	0,96	0,93	0,94	0,01
4	3,18	3,05	3,12	0,98	0,94	0,96	0,01
5	3,11	2,94	3,03	1,00	0,95	0,97	0,01
6	2,63	2,44	2,54	0,97	0,95	0,96	0,01
7	2,31	2,14	2,23	0,96	0,94	0,95	0,01
8	2,17	2,00	2,09	1,02	0,99	1,01	0,01
9	2,06	1,87	1,97	1,07	1,05	1,06	0,01
10	1,86	1,69	1,78	1,12	1,11	1,12	0,02
11	1,68	1,48	1,59	1,19	1,17	1,18	0,04
12	1,47	1,29	1,38	1,22	1,22	1,22	0,08
13	1,29	1,17	1,23	1,28	1,31	1,29	0,21
14	1,03	0,98	1,01	1,37	1,50	1,43	0,56
15	0,80	0,80	0,80	1,49	1,81	1,65	1,24
16	0,61	0,63	0,62	1,73	2,21	1,96	1,94
17	0,41	0,45	0,43	1,99	2,58	2,28	2,40
18	0,12	0,13	0,12	2,10	2,84	2,46	2,54
19	0,04	0,05	0,05	2,01	2,84	2,42	2,62
0-14 *	2,49 (2,36)§	2,35 (2,27)§	2,42 (2,32)§	1,04	1,03	1,03	0,08

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010

** Hausärztlich niedergelassene Allgemeinärzte und Internisten

§ Werte in Klammern: ohne Behandlungsfälle bei Fachärzten für Neuropädiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie

Tabelle A 13 Anteil Kinder mit Behandlung bei Kinderärzten, Allgemeinärzten oder beiden Gruppen in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10)

Alter	Kinderarzt (ohne Allgemeinartzkontakt)			Kinder- und Allgemeinarzt			Allgemeinarzt ** (ohne Kinderarztkontakt)		
	m.	w.	g.	m.	w.	g.	m.	w.	g.
0	74,3%	75,2%	74,7%	22,2%	21,0%	21,6%	2,6%	3,0%	2,8%
1	65,4%	66,5%	65,9%	29,2%	27,6%	28,4%	4,3%	4,6%	4,5%
2	62,8%	64,1%	63,4%	29,7%	28,2%	29,0%	5,8%	5,8%	5,8%
3	59,2%	60,0%	59,6%	31,7%	30,3%	31,1%	7,0%	7,1%	7,0%
4	58,5%	59,0%	58,7%	31,2%	30,0%	30,6%	8,0%	8,3%	8,1%
5	57,7%	58,6%	58,2%	31,7%	30,2%	31,0%	8,4%	8,7%	8,6%
6	54,3%	53,8%	54,0%	27,6%	26,3%	26,9%	12,8%	13,8%	13,3%
7	50,5%	50,3%	50,4%	25,5%	24,0%	24,8%	15,8%	16,6%	16,2%
8	47,0%	47,0%	47,0%	24,8%	23,1%	23,9%	18,5%	19,3%	18,9%
9	44,3%	43,8%	44,1%	24,2%	22,8%	23,5%	20,9%	22,2%	21,5%
10	40,6%	40,4%	40,5%	23,2%	22,0%	22,6%	24,2%	25,1%	24,6%
11	37,0%	35,8%	36,4%	21,7%	20,4%	21,1%	28,1%	29,5%	28,8%
12	33,1%	31,6%	32,4%	20,6%	18,8%	19,7%	31,3%	33,0%	32,2%
13	29,2%	28,3%	28,8%	19,1%	18,0%	18,6%	35,3%	36,9%	36,1%
14	23,5%	22,7%	23,1%	16,4%	16,8%	16,6%	41,2%	43,3%	42,2%
15	17,8%	17,0%	17,4%	14,0%	15,5%	14,7%	48,0%	51,6%	49,8%
16	12,6%	11,6%	12,1%	12,3%	14,2%	13,2%	56,2%	60,8%	58,4%
17	7,4%	6,7%	7,1%	10,4%	12,4%	11,4%	64,1%	68,7%	66,4%
18	1,5%	1,4%	1,5%	4,8%	5,8%	5,3%	72,0%	80,3%	76,1%
19	0,5%	0,5%	0,5%	1,6%	2,0%	1,8%	72,1%	83,4%	77,6%
0-14*	48,3%	48,2%	48,2%	25,0%	23,7%	24,4%	18,4%	19,3%	18,8%

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010

** Hausärztlich niedergelassene Allgemeinärzte und Internisten

Tabelle A 14 Anteil Kinder mit Behandlung bei HNO-Ärzten, Augenärzten und Hautärzten in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10)

Alter	HNO-Ärzte			Augenärzte			Hautärzte		
	m.	w.	g.	m.	w.	g.	m.	w.	g.
0	11,0%	9,7%	10,4%	10,5%	10,7%	10,6%	7,2%	6,4%	6,8%
1	12,2%	9,9%	11,1%	16,9%	16,2%	16,6%	8,3%	8,4%	8,4%
2	19,1%	15,3%	17,2%	21,3%	21,1%	21,2%	8,9%	9,4%	9,1%
3	28,7%	24,1%	26,4%	25,6%	24,1%	24,9%	8,2%	8,6%	8,4%
4	33,6%	29,5%	31,6%	28,7%	27,8%	28,2%	8,8%	9,6%	9,2%
5	31,3%	28,0%	29,7%	31,0%	29,4%	30,2%	9,8%	10,4%	10,1%
6	25,0%	22,7%	23,9%	31,1%	30,6%	30,8%	10,7%	12,1%	11,4%
7	19,9%	17,7%	18,8%	30,1%	30,2%	30,2%	12,0%	12,6%	12,3%
8	17,6%	16,1%	16,9%	28,9%	29,7%	29,3%	12,4%	14,1%	13,3%
9	16,0%	14,7%	15,3%	28,5%	29,5%	29,0%	13,1%	15,0%	14,0%
10	14,5%	13,3%	13,9%	27,4%	29,4%	28,3%	13,4%	15,4%	14,4%
11	13,1%	13,0%	13,0%	25,8%	28,3%	27,0%	13,8%	16,3%	15,0%
12	12,7%	12,7%	12,7%	24,5%	27,4%	25,9%	14,4%	18,2%	16,3%
13	12,3%	12,2%	12,2%	23,3%	26,8%	25,0%	15,5%	19,3%	17,3%
14	12,3%	12,7%	12,5%	21,5%	26,0%	23,7%	17,1%	21,4%	19,2%
15	12,0%	14,3%	13,2%	19,5%	25,1%	22,3%	18,4%	22,8%	20,6%
16	12,6%	15,4%	13,9%	19,1%	25,2%	22,1%	18,4%	22,9%	20,6%
17	12,8%	15,9%	14,3%	17,9%	23,2%	20,5%	17,3%	23,0%	20,1%
18	11,8%	15,3%	13,5%	12,0%	17,6%	14,7%	15,1%	20,9%	18,0%
19	10,8%	14,6%	12,7%	9,3%	14,7%	12,0%	14,0%	20,5%	17,2%
0-14*	18,4%	16,6%	17,5%	25,0%	26,0%	25,5%	11,7%	13,4%	12,6%

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010

Tabelle A 15 Anteil Kinder mit Behandlung bei Orthopäden, Chirurgen und Gynäkologen in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10)

Alter	Orthopäden			Chirurgen			Gynäkologen		
	m.	w.	g.	m.	w.	g.	m.**	w.	g.
0	26,6%	29,8%	28,2%	6,9%	5,0%	6,0%	4,0%	4,3%	4,2%
1	5,8%	7,6%	6,7%	7,1%	4,9%	6,1%	0,3%	0,6%	0,5%
2	6,4%	6,7%	6,5%	8,5%	5,5%	7,0%	0,4%	0,6%	0,5%
3	7,4%	6,5%	7,0%	8,6%	5,3%	7,0%	0,4%	0,7%	0,6%
4	8,3%	7,2%	7,8%	8,7%	5,0%	6,9%	0,4%	0,7%	0,5%
5	9,1%	8,4%	8,8%	9,8%	6,0%	7,9%	0,4%	0,8%	0,6%
6	9,0%	8,6%	8,8%	9,0%	6,5%	7,8%	0,4%	0,9%	0,6%
7	9,3%	9,4%	9,4%	8,7%	7,3%	8,0%	0,3%	0,9%	0,6%
8	10,3%	10,8%	10,5%	9,3%	8,3%	8,8%	0,3%	1,1%	0,7%
9	12,1%	12,5%	12,3%	10,4%	9,6%	10,0%	0,4%	1,2%	0,8%
10	12,9%	14,3%	13,5%	11,0%	11,0%	11,0%	0,4%	1,7%	1,0%
11	13,7%	15,1%	14,4%	12,2%	11,9%	12,1%	0,4%	3,1%	1,7%
12	15,5%	16,3%	15,9%	13,7%	12,3%	13,0%	0,7%	6,0%	3,3%
13	16,7%	17,0%	16,9%	14,5%	12,3%	13,4%	1,2%	12,7%	6,8%
14	16,9%	17,6%	17,2%	15,0%	13,1%	14,1%	2,1%	26,0%	13,7%
15	15,5%	17,8%	16,6%	15,0%	13,5%	14,3%	0,8%	44,8%	22,2%
16	14,6%	17,3%	15,9%	14,6%	14,1%	14,3%	0,8%	60,7%	29,9%
17	14,4%	16,1%	15,2%	15,1%	13,4%	14,3%	1,0%	69,3%	34,2%
18	12,9%	13,9%	13,4%	14,0%	12,1%	13,1%	1,2%	73,7%	36,6%
19	11,5%	12,7%	12,1%	13,4%	11,3%	12,4%	1,1%	75,8%	37,6%
0-14*	12,1%	12,7%	12,4%	10,4%	8,5%	9,4%	0,8%	4,4%	2,5%

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010. ** Regelmäßige Abrechnungen von Leistungen durch Gynäkologen auch bei Jungen können u.a. insbesondere im Rahmen der U1-Untersuchung, bei einer Teilnahme des Arztes am allgemeinen Notdienst sowie bei einer Beratung zur Empfängnisverhütung resultieren. Zudem lässt sich ein gewisser Anteil fehlerhafter Zuordnungen nicht ausschließen.

Tabelle A 16 Anteil Kinder mit Behandlung bei Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10)

Alter	Neurologen, Psychiater **			Psychologische Psychotherapeuten		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	2,4%	2,2%	2,3%	0,1%	0,1%	0,1%
1	2,5%	2,4%	2,4%	0,1%	0,1%	0,1%
2	2,5%	2,2%	2,3%	0,1%	0,1%	0,1%
3	2,9%	2,5%	2,7%	0,3%	0,3%	0,3%
4	3,4%	2,7%	3,1%	0,5%	0,5%	0,5%
5	4,5%	3,2%	3,9%	1,0%	0,8%	0,9%
6	5,8%	3,9%	4,9%	1,4%	1,2%	1,3%
7	7,6%	4,8%	6,2%	2,1%	1,4%	1,8%
8	9,1%	6,1%	7,6%	2,6%	1,9%	2,3%
9	9,6%	6,0%	7,9%	2,6%	2,1%	2,3%
10	9,0%	5,8%	7,4%	2,9%	2,0%	2,5%
11	8,5%	5,0%	6,8%	2,6%	2,1%	2,4%
12	7,6%	4,6%	6,1%	2,5%	2,0%	2,2%
13	6,9%	4,5%	5,7%	2,2%	2,0%	2,1%
14	5,9%	5,0%	5,4%	1,8%	2,3%	2,0%
15	5,5%	5,4%	5,5%	1,7%	2,4%	2,0%
16	4,9%	5,8%	5,4%	1,3%	2,5%	1,9%
17	4,6%	6,4%	5,5%	1,3%	3,0%	2,1%
18	4,2%	6,3%	5,2%	1,1%	2,6%	1,9%
19	4,1%	6,2%	5,1%	1,0%	2,6%	1,8%
0-14*	6,0%	4,1%	5,1%	1,6%	1,3%	1,4%

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010

** Hier, abweichend zu anderen Darstellungen im Report, inklusive Fachärzte für Neuropädiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, die sonst der übergeordneten Gruppe "Kinderärzte" zugeordnet sind (vgl. Zuordnung der Fachgruppen 38, 44 und 47 in Tabelle A 5 auf Seite 211)

Table A 17 Vorsorgeuntersuchungen U1 und U2 (BARMER GEK 2008-2010)

Tag	U1 - EBM 01711		U2 - EBM 01712	
	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.
0	3,92%	3,92%	0,00%	0,00%
1	0,06%	3,98%	0,02%	0,02%
2	0,01%	4,00%	1,74%	1,77%
3	0,01%	4,00%	4,61%	6,38%
4	0,00%	4,00%	3,31%	9,69%
5	0,00%	4,01%	2,58%	12,27%
6	0,00%	4,01%	2,14%	14,40%
7	0,00%	4,01%	1,85%	16,26%
8	0,00%	4,02%	1,51%	17,77%
9	0,00%	4,02%	1,16%	18,93%
10	0,00%	4,02%	0,68%	19,60%
11	0,00%	4,02%	0,29%	19,90%
12	0,00%	4,02%	0,18%	20,08%
13	0,00%	4,02%	0,13%	20,21%
14	0,00%	4,03%	0,03%	20,24%
15	0,00%	4,03%	0,01%	20,24%
16	0,00%	4,03%	0,01%	20,25%
17	0,00%	4,03%	0,00%	20,25%
18	0,00%	4,03%	0,00%	20,26%
19	0,00%	4,03%	0,00%	20,26%
20	0,00%	4,03%	0,00%	20,26%

Tabelle A 18 Vorsorgeuntersuchungen U3, U4 und U5 (BARMER GEK 2008-2010)

Woche	U3 - EBM 01713		U4 - EBM 01714		U5 - EBM 01715	
	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.
2	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
3	1,31%	1,32%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
4	15,85%	17,17%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	40,89%	58,06%	0,02%	0,02%	0,00%	0,00%
6	26,32%	84,38%	0,02%	0,04%	0,00%	0,00%
7	7,09%	91,46%	0,01%	0,05%	0,00%	0,00%
8	2,16%	93,62%	0,04%	0,09%	0,00%	0,00%
9	0,08%	93,70%	0,80%	0,89%	0,00%	0,00%
10	0,01%	93,71%	2,23%	3,12%	0,00%	0,00%
11	0,00%	93,71%	2,81%	5,93%	0,00%	0,00%
12	0,00%	93,71%	4,03%	9,96%	0,00%	0,00%
13	0,00%	93,71%	9,01%	18,97%	0,00%	0,00%
14	0,00%	93,71%	17,56%	36,53%	0,00%	0,00%
15	0,00%	93,71%	16,74%	53,27%	0,00%	0,00%
16	0,00%	93,71%	15,45%	68,72%	0,00%	0,00%
17	0,00%	93,71%	14,08%	82,79%	0,00%	0,01%
18	0,00%	93,71%	8,09%	90,89%	0,04%	0,04%
19	0,00%	93,71%	3,56%	94,44%	0,05%	0,09%
20	0,00%	93,71%	1,10%	95,55%	0,07%	0,16%
21	0,00%	93,71%	0,08%	95,63%	0,15%	0,31%
22	0,00%	93,71%	0,02%	95,65%	1,03%	1,34%
23	0,00%	93,71%	0,01%	95,66%	2,66%	4,00%
24	0,00%	93,71%	0,01%	95,66%	3,92%	7,93%
25	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	5,97%	13,90%
26	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	9,82%	23,72%
27	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	15,21%	38,93%
28	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	14,63%	53,57%
29	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	14,09%	67,66%
30	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	13,01%	80,66%
31	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	7,34%	88,00%

Woche	U3 - EBM 01713		U4 - EBM 01714		U5 - EBM 01715	
	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.
32	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	3,43%	91,43%
33	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	2,01%	93,44%
34	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	1,43%	94,87%
35	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	0,83%	95,70%
36	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	0,06%	95,76%
37	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	0,04%	95,80%
38	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	0,02%	95,82%
39	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	0,02%	95,84%
40	0,00%	93,71%	0,00%	95,67%	0,01%	95,85%

Tabelle A 19 Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8, U9 (BARMER GEK 2008-2010)

Monat*	U7a - EBM 01723		U8 - EBM 01718		U9 - EBM 01719	
	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.
32	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
33	0,08%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
34	1,39%	1,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
35	5,64%	7,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
36	19,26%	26,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
37	35,16%	61,55%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
38	15,24%	76,79%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
39	6,19%	82,98%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
40	1,42%	84,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
41	0,69%	85,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
42	0,29%	85,38%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%
43	0,08%	85,46%	0,14%	0,14%	0,00%	0,00%
44	0,03%	85,48%	0,63%	0,78%	0,00%	0,00%
45	0,01%	85,49%	0,96%	1,74%	0,00%	0,00%
46	0,00%	85,49%	1,92%	3,66%	0,00%	0,00%
47	0,01%	85,50%	4,71%	8,37%	0,00%	0,00%

Monat*	U7a - EBM 01723		U8 - EBM 01718		U9 - EBM 01719	
	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.
48	0,00%	85,50%	14,56%	22,93%	0,00%	0,00%
49	0,01%	85,51%	34,83%	57,76%	0,00%	0,00%
50	0,00%	85,51%	20,95%	78,72%	0,00%	0,00%
51	0,01%	85,52%	10,04%	88,76%	0,00%	0,00%
52	0,00%	85,52%	0,65%	89,40%	0,00%	0,00%
53	0,00%	85,52%	0,25%	89,65%	0,00%	0,00%
54	0,00%	85,52%	0,12%	89,77%	0,00%	0,00%
55	0,00%	85,52%	0,05%	89,82%	0,00%	0,00%
56	0,00%	85,52%	0,02%	89,83%	0,00%	0,00%
57	0,00%	85,52%	0,01%	89,84%	0,00%	0,00%
58	0,00%	85,52%	0,01%	89,85%	0,02%	0,02%
59	0,00%	85,52%	0,00%	89,85%	0,20%	0,23%
60	0,00%	85,52%	0,00%	89,85%	1,10%	1,33%
61	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	7,19%	8,52%
62	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	18,97%	27,49%
63	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	18,26%	45,75%
64	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	16,66%	62,40%
65	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	14,89%	77,29%
66	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	7,22%	84,52%
67	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	4,89%	89,41%
68	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	0,40%	89,80%
69	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	0,21%	90,01%
70	0,00%	85,52%	0,00%	89,86%	0,09%	90,10%

* hier jeweils 30-Tage-Intervalle;
Rate zur U7a bei Kindern mit regulärem Termin ab Mitte 2009 ermittelt

Tabelle A 20 Vorsorgeuntersuchungen U5, U6 und U7 (BARMER GEK 2008-2010)

Monat*	U5 - EBM 01715		U6 - EBM 01716		U7 - EBM 01717	
	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.	Anteil	kum. Ant.
3	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
4	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	0,45%	0,46%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
6	19,52%	19,98%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
7	60,68%	80,66%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%
8	14,55%	95,21%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%
9	0,63%	95,84%	0,07%	0,08%	0,00%	0,00%
10	0,02%	95,86%	2,22%	2,31%	0,00%	0,00%
11	0,00%	95,87%	9,91%	12,22%	0,00%	0,00%
12	0,00%	95,87%	44,37%	56,59%	0,00%	0,00%
13	0,00%	95,87%	34,70%	91,29%	0,00%	0,00%
14	0,00%	95,87%	4,47%	95,76%	0,00%	0,00%
15	0,00%	95,87%	0,50%	96,26%	0,00%	0,00%
16	0,00%	95,87%	0,07%	96,33%	0,00%	0,00%
17	0,00%	95,87%	0,03%	96,36%	0,00%	0,00%
18	0,00%	95,87%	0,00%	96,36%	0,00%	0,00%
19	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	0,00%	0,00%
20	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	0,04%	0,05%
21	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	1,02%	1,06%
22	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	3,10%	4,17%
23	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	8,01%	12,17%
24	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	27,91%	40,09%
25	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	39,00%	79,08%
26	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	11,02%	90,10%
27	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	3,59%	93,69%
28	0,00%	95,87%	0,00%	96,37%	0,97%	94,66%

* hier jeweils 30-Tage-Intervalle

Tabelle A 21 Anteil Kinder mit U3- bis U6-Untersuchung nach Bundesländern
(BARMER GEK 2008-2010)

	U3	U4	U5	U6
Schleswig-Holstein	94,1% (93,5%-94,6%)	96,4% (96,0%-96,8%)	96,6% (96,2%-97,1%)	97,2% (96,8%-97,6%)
Hamburg	89,8% (88,8%-90,7%)	94,1% (93,4%-94,9%)	95,0% (94,2%-95,6%)	94,9% (94,1%-95,6%)
Niedersachsen	94,2% (93,8%-94,6%)	96,0% (95,7%-96,3%)	95,9% (95,5%-96,2%)	96,3% (95,9%-96,6%)
Bremen	93,1% (91,2%-94,7%)	96,7% (95,2%-97,8%)	96,0% (94,4%-97,2%)	96,1% (94,5%-97,4%)
Nordrhein-Westfalen	93,9% (93,6%-94,1%)	95,4% (95,2%-95,6%)	96,0% (95,8%-96,2%)	96,6% (96,5%-96,8%)
Hessen	93,3% (92,9%-93,7%)	96,4% (96,1%-96,7%)	96,9% (96,5%-97,1%)	97,1% (96,8%-97,4%)
Rheinland-Pfalz	92,8% (92,2%-93,3%)	96,3% (95,8%-96,7%)	96,6% (96,1%-97,0%)	96,9% (96,5%-97,3%)
Baden-Württemberg	94,9% (94,5%-95,2%)	96,0% (95,7%-96,3%)	96,0% (95,7%-96,3%)	96,0% (95,7%-96,3%)
Bayern	94,4% (94,1%-94,7%)	95,8% (95,6%-96,1%)	95,8% (95,5%-96,1%)	96,9% (96,6%-97,1%)
Saarland	94,3% (93,2%-95,2%)	98,0% (97,3%-98,5%)	97,8% (97,1%-98,4%)	98,5% (97,9%-99,0%)
Berlin	89,1% (88,5%-89,8%)	94,5% (94,0%-94,9%)	95,0% (94,5%-95,4%)	95,0% (94,6%-95,5%)
Brandenburg	94,2% (93,7%-94,6%)	95,2% (94,8%-95,6%)	95,3% (94,9%-95,8%)	96,6% (96,1%-96,9%)
Mecklenburg-Vorpommern	95,2% (94,6%-95,7%)	95,9% (95,4%-96,4%)	95,9% (95,3%-96,4%)	96,3% (95,7%-96,8%)
Sachsen	94,6% (94,1%-95,1%)	95,7% (95,2%-96,1%)	95,4% (94,9%-95,9%)	96,3% (95,8%-96,7%)
Sachsen-Anhalt	94,8% (94,3%-95,4%)	95,5% (94,9%-96,0%)	95,2% (94,6%-95,7%)	95,4% (94,8%-95,9%)
Thüringen	94,5% (93,9%-95,1%)	96,2% (95,7%-96,7%)	95,8% (95,3%-96,4%)	95,8% (95,2%-96,3%)
Bundesweit	93,7% (93,6%-93,8%)	95,7% (95,6%-95,8%)	95,9% (95,8%-96,0%)	96,4% (96,3%-96,5%)

Werte in Klammern: 95%-Konfidenzintervalle; U3 bis U5 jeweils Inanspruchnahmeraten bis einschließlich Woche 40, U6 bis Monat 28 nach Geburt.

Table A 22 Anteil Kinder mit U7- bis U9-Untersuchung nach Bundesländern
(BARMER GEK 2008-2010)

	U7	U7a *	U8	U9
Schleswig-Holstein	96,5% (96,0%-96,9%)	95,1% (94,1%-96,0%)	92,8% (92,1%-93,4%)	94,2% (93,7%-94,8%)
Hamburg	92,3% (91,3%-93,2%)	74,5% (72,3%-76,7%)	86,6% (85,4%-87,8%)	88,0% (86,8%-89,2%)
Niedersachsen	94,3% (93,9%-94,7%)	82,8% (81,9%-83,8%)	87,8% (87,3%-88,3%)	87,1% (86,5%-87,6%)
Bremen	94,1% (92,1%-95,7%)	92,7% (89,0%-95,5%)	90,5% (88,0%-92,7%)	95,6% (93,6%-97,1%)
Nordrhein-Westfalen	95,0% (94,7%-95,2%)	91,9% (91,4%-92,4%)	91,3% (91,1%-91,6%)	91,2% (90,9%-91,5%)
Hessen	97,0% (96,7%-97,3%)	93,5% (92,8%-94,1%)	94,3% (93,8%-94,7%)	94,5% (94,1%-94,9%)
Rheinland-Pfalz	96,3% (95,8%-96,7%)	95,2% (94,4%-96,0%)	94,4% (93,8%-94,9%)	93,3% (92,7%-93,8%)
Baden-Württemberg	94,6% (94,2%-95,0%)	81,8% (80,9%-82,7%)	87,8% (87,2%-88,3%)	89,1% (88,6%-89,6%)
Bayern	94,8% (94,4%-95,1%)	77,5% (76,6%-78,4%)	88,2% (87,7%-88,6%)	90,4% (90,0%-90,8%)
Saarland	98,1% (97,3%-98,6%)	96,7% (95,3%-97,8%)	97,4% (96,7%-98,0%)	97,4% (96,6%-98,0%)
Berlin	91,6% (91,0%-92,2%)	74,4% (73,0%-75,8%)	84,9% (84,1%-85,7%)	84,9% (84,0%-85,7%)
Brandenburg	94,1% (93,5%-94,6%)	82,8% (81,5%-83,9%)	90,5% (89,8%-91,1%)	88,0% (87,3%-88,7%)
Mecklenburg-Vorpommern	95,4% (94,8%-96,0%)	93,3% (92,2%-94,4%)	92,0% (91,2%-92,8%)	91,4% (90,5%-92,2%)
Sachsen	93,5% (92,9%-94,1%)	76,4% (75,0%-77,8%)	87,8% (87,0%-88,5%)	87,7% (86,9%-88,4%)
Sachsen-Anhalt	92,1% (91,3%-92,8%)	76,4% (74,7%-78,1%)	86,7% (85,7%-87,6%)	86,7% (85,7%-87,6%)
Thüringen	95,6% (95,0%-96,2%)	87,8% (86,4%-89,1%)	89,1% (88,2%-90,0%)	89,5% (88,6%-90,4%)
Bundesweit	94,7% (94,5%-94,8%)	85,5% (85,2%-85,8%)	89,9% (89,7%-90,0%)	90,1% (90,0%-90,3%)

Werte in Klammern: 95%-Konfidenzintervalle; * Rate zur U7a bei Kindern mit regulärem Termin ab Mitte 2009 ermittelt; U7 Inanspruchnahmeraten bis einschließlich Monat 28, U7a bis U9 Inanspruchnahmeraten bis einschließlich Monat 70 nach Geburt.

Tabelle A 23 Anteil Kinder mit einer Diagnose Scharlach, Windpocken, Dreitage-
fieber (BARMER GEK 2009/10)

Alter	A38 Scharlach		B01 Windpocken		B08.2 Dreitagefieber	
	GZV	G	GZV	G	GZV	G
0	0,40%	0,23%	0,87%	0,68%	4,34%	2,64%
1	2,30%	1,51%	1,89%	1,37%	7,53%	4,65%
2	4,10%	3,05%	1,72%	1,27%	1,37%	0,86%
3	7,42%	5,79%	2,48%	2,00%	0,45%	0,28%
4	7,84%	6,27%	3,31%	2,70%	0,21%	0,13%
5	7,14%	5,66%	3,66%	3,02%	0,17%	0,11%
6	5,33%	4,14%	3,22%	2,66%	0,10%	0,06%
7	3,57%	2,76%	2,59%	2,08%	0,08%	0,06%
8	2,62%	1,94%	1,90%	1,40%	0,05%	0,04%
9	2,02%	1,42%	1,38%	0,94%	0,05%	0,04%
10	1,38%	0,95%	0,99%	0,58%	0,04%	0,02%
11	1,00%	0,63%	0,73%	0,40%	0,03%	0,01%
12	0,70%	0,43%	0,64%	0,31%	0,02%	0,01%
13	0,52%	0,30%	0,53%	0,24%	0,02%	0,01%
14	0,43%	0,22%	0,40%	0,18%	0,02%	0,01%
15	0,36%	0,20%	0,35%	0,15%	0,01%	0,01%
16	0,31%	0,17%	0,28%	0,14%	0,00%	0,00%
17	0,26%	0,14%	0,25%	0,11%	0,01%	0,01%
18	0,15%	0,07%	0,19%	0,10%	0,01%	0,01%
19	0,12%	0,06%	0,14%	0,07%	0,01%	0,01%
0-14*	3,01%	2,26%	1,70%	1,28%	0,90%	0,55%

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G: nur gesicherte Diagnosen; GZV: Diagnosen als gesichert, Verdacht oder symptomlose Zustände gekennzeichnet.

Tabelle A 24 Anteil Kinder mit einer Diagnose Mundfäule, Ringelröteln, Hand-Fuß-Mund-Krankheit (BARMER GEK 2009/10)

Alter	B00.2 Mundfäule		B08.3 Ringelröteln		B08.4 Hand-Fuß-Mund-Krankheit	
	GZV	G	GZV	G	GZV	G
0	0,61%	0,55%	0,29%	0,16%	0,31%	0,22%
1	4,09%	3,81%	1,06%	0,60%	2,34%	1,80%
2	3,69%	3,43%	1,41%	0,89%	2,34%	1,91%
3	1,99%	1,84%	1,82%	1,24%	1,32%	1,04%
4	1,35%	1,25%	2,14%	1,59%	0,84%	0,65%
5	0,99%	0,92%	1,99%	1,44%	0,45%	0,36%
6	0,74%	0,68%	1,72%	1,28%	0,28%	0,23%
7	0,58%	0,54%	1,29%	0,97%	0,12%	0,10%
8	0,52%	0,49%	0,87%	0,65%	0,10%	0,08%
9	0,50%	0,47%	0,73%	0,53%	0,09%	0,07%
10	0,42%	0,40%	0,43%	0,30%	0,07%	0,05%
11	0,39%	0,38%	0,25%	0,16%	0,05%	0,04%
12	0,27%	0,26%	0,14%	0,09%	0,04%	0,03%
13	0,25%	0,24%	0,10%	0,05%	0,02%	0,01%
14	0,25%	0,23%	0,06%	0,04%	0,03%	0,03%
15	0,27%	0,26%	0,05%	0,03%	0,02%	0,01%
16	0,26%	0,23%	0,04%	0,02%	0,02%	0,01%
17	0,25%	0,24%	0,03%	0,02%	0,01%	0,00%
18	0,25%	0,24%	0,02%	0,01%	0,01%	0,00%
19	0,20%	0,19%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
0-14*	1,06%	0,99%	0,92%	0,64%	0,53%	0,42%

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G: nur gesicherte Diagnosen; GZV: Diagnosen als gesichert, Verdacht oder symptomlose Zustände gekennzeichnet.

Tabelle A 25 Anteil Kinder mit einer Diagnose Grindflechte, Pfeiffersches Drüsenfieber (BARMER GEK 2009/10)

Alter	L01.0 Grindflechte		B27 Pfeiff. Drüsenfieber männlich		B27 Pfeiff. Drüsenfieber weiblich	
	GZV	G	GZV	G	GZV	G
0	1,21%	1,09%	0,07%	0,02%	0,07%	0,03%
1	2,08%	1,89%	0,59%	0,15%	0,38%	0,06%
2	2,30%	2,13%	0,85%	0,28%	0,55%	0,14%
3	2,49%	2,31%	1,00%	0,32%	0,75%	0,20%
4	2,49%	2,33%	1,08%	0,32%	0,73%	0,20%
5	2,24%	2,09%	0,87%	0,30%	0,67%	0,22%
6	1,87%	1,73%	0,64%	0,21%	0,56%	0,15%
7	1,67%	1,54%	0,60%	0,19%	0,51%	0,15%
8	1,48%	1,36%	0,60%	0,17%	0,58%	0,19%
9	1,26%	1,16%	0,54%	0,20%	0,57%	0,18%
10	1,10%	1,02%	0,57%	0,21%	0,56%	0,17%
11	0,99%	0,91%	0,54%	0,16%	0,66%	0,23%
12	0,79%	0,72%	0,57%	0,19%	0,79%	0,28%
13	0,72%	0,67%	0,63%	0,22%	0,95%	0,31%
14	0,70%	0,64%	0,80%	0,33%	1,27%	0,56%
15	0,68%	0,62%	0,91%	0,37%	1,70%	0,81%
16	0,60%	0,56%	1,19%	0,52%	1,84%	0,80%
17	0,60%	0,52%	1,05%	0,50%	1,85%	0,78%
18	0,50%	0,46%	1,14%	0,51%	1,70%	0,78%
19	0,44%	0,40%	0,89%	0,41%	1,40%	0,61%
0-14*	1,52%	1,41%	0,66%	0,22%	0,65%	0,21%

* Alters- und ggf. geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G: nur gesicherte Diagnosen; GZV: Diagnosen als gesichert, Verdacht oder symptomlose Zustände gekennzeichnet.

Tabelle A 26 Anteil Kinder mit einer Diagnose J06-J06, darunter J03, J06 sowie mit Diagnose J35.1 oder J35.2 (BARMER GEK 2009/10)

Alter	J00-J06	J03	J06		J35.1	J35.2
0	67,39%	4,51%	55,20%		0,13%	0,86%
1	78,28%	17,62%	64,88%		1,09%	5,16%
2	72,66%	19,36%	57,61%		3,17%	10,00%
3	73,25%	22,18%	56,53%		5,94%	16,15%
4	68,20%	21,93%	49,87%		6,81%	16,90%
5	63,30%	20,69%	43,83%		5,52%	12,58%
6	56,82%	17,51%	38,32%		4,11%	8,35%
7	51,56%	14,64%	34,37%		2,57%	5,21%
8	48,69%	13,34%	32,13%		1,99%	3,98%
9	47,29%	12,22%	31,07%		1,50%	3,07%
10	45,14%	11,17%	29,46%		1,31%	2,33%
11	43,39%	10,38%	27,99%		1,13%	1,96%
12	38,83%	9,29%	24,33%		0,96%	1,57%
13	36,69%	9,03%	22,46%		0,83%	1,22%
14	36,85%	9,27%	22,17%		0,70%	1,01%
15	37,77%	9,95%	22,42%		0,67%	0,83%
16	41,34%	10,98%	24,76%		0,67%	0,77%
17	44,08%	11,14%	27,30%		0,64%	0,67%
18	43,51%	10,67%	27,13%		0,56%	0,52%
19	40,01%	9,61%	25,08%		0,47%	0,40%
0-14*	54,37%	13,99%	38,53%		2,44%	5,79%

* Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G, Z, und V-Diagnosen; Diagnoseraten innerhalb eines Jahres.

J00-J06: Akute Infektionen der oberen Atemwege; **J03:** Akute Tonsillitis;

J06: Akute Infektionen an mehreren oder nicht n. bez. Lokalisationen d. oberen Atemwege;

J35.1: Hyperplasie der Gaumenmandeln; **J35.2:** Hyperplasie der Rachenmandel.

Tabelle A 27 Anteil Kinder mit einer Diagnose Atopisches Ekzem (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10 bzw. 2010)

Alter	männlich	weiblich	gesamt	Alter	männlich	weiblich	gesamt
0	17,31%	13,78%	15,59%	0-	14,71%	11,86%	13,32%
1	17,75%	15,88%	16,84%	1-	16,24%	15,08%	15,68%
2	16,81%	15,66%	16,25%	5-	10,84%	11,42%	11,13%
3	14,07%	13,43%	13,76%	10-	8,06%	8,63%	8,34%
4	12,68%	12,99%	12,83%	15-	5,52%	7,93%	6,70%
5	12,55%	12,49%	12,52%	20-	3,98%	6,97%	5,44%
6	10,91%	11,80%	11,34%	25-	3,27%	5,89%	4,56%
7	10,31%	10,83%	10,56%	30-	2,84%	5,26%	4,03%
8	9,99%	10,84%	10,40%	35-	2,64%	4,93%	3,77%
9	9,21%	10,37%	9,78%	40-	2,56%	4,66%	3,58%
10	8,84%	9,23%	9,03%	45-	2,41%	4,31%	3,34%
11	8,46%	8,86%	8,65%	50-	2,26%	3,97%	3,10%
12	7,80%	8,31%	8,05%	55-	2,29%	3,75%	3,03%
13	7,37%	8,21%	7,78%	60-	2,24%	3,56%	2,91%
14	6,62%	7,93%	7,25%	65-	2,34%	3,40%	2,89%
15	6,03%	7,91%	6,95%	70-	2,67%	3,34%	3,03%
16	5,71%	8,21%	6,92%	75-	2,79%	3,10%	2,97%
17	5,50%	8,13%	6,78%	80-	2,88%	2,71%	2,77%
18	4,64%	7,57%	6,07%	85-	2,78%	2,44%	2,53%
19	4,38%	7,28%	5,79%	90-	2,58%	2,46%	2,49%
0-14*	11,17%	11,22%	11,19%	0-120**	4,06%	5,37%	4,73%

* Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G, Z, und V-Diagnosen; Diagnoseraten innerhalb eines Jahres.

== Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte D2010

Table A 28 Anteil Kinder 0-14J mit einer Diagnose Atopisches Ekzem nach Bundesländern (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10; D2010-1J)

	L20: G-, Z-, und V-Diagnosen			L20: nur G -Diagnosen		
	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.	gesamt
Schleswig-Holstein	9,35%	9,26%	9,31%	8,80%	8,76%	8,78%
Hamburg	10,05%	9,48%	9,77%	9,50%	9,04%	9,28%
Niedersachsen	11,68%	11,22%	11,46%	11,13%	10,60%	10,87%
Bremen	10,35%	11,34%	10,83%	9,82%	10,58%	10,19%
Nordrhein-Westfalen	10,06%	9,83%	9,94%	9,56%	9,35%	9,46%
Hessen	10,47%	10,01%	10,25%	9,84%	9,45%	9,65%
Rheinland-Pfalz	10,49%	10,09%	10,30%	9,95%	9,58%	9,77%
Baden-Württemberg	9,42%	9,50%	9,46%	8,91%	9,00%	8,95%
Bayern	10,23%	10,20%	10,22%	9,59%	9,52%	9,56%
Saarland	11,46%	11,29%	11,38%	10,86%	10,78%	10,82%
Berlin	12,48%	12,80%	12,63%	11,72%	12,06%	11,89%
Brandenburg	14,28%	14,95%	14,60%	13,69%	14,31%	13,99%
Mecklenburg-Vorpommern	13,12%	13,19%	13,16%	12,49%	12,61%	12,55%
Sachsen	15,48%	15,83%	15,65%	14,89%	15,19%	15,04%
Sachsen-Anhalt	16,16%	16,57%	16,36%	15,54%	15,85%	15,69%
Thüringen	16,93%	17,33%	17,12%	16,38%	16,53%	16,45%
Bundesweit	11,17%	11,22%	11,19%	10,60%	10,64%	10,62%

Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010

Tabelle A 29 Anteil Kinder mit einer Diagnose F80 sowie darunter mit Diagnose F80.9 (BARMER GEK 2009/10)

Alter	F80: Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache			darunter F80.9: Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	0,10%	0,13%	0,11%	0,06%	0,09%	0,07%
1	3,88%	2,67%	3,29%	3,12%	2,14%	2,64%
2	14,68%	9,39%	12,10%	11,80%	7,38%	9,64%
3	21,73%	16,18%	19,03%	14,13%	9,67%	11,96%
4	36,35%	29,47%	33,00%	19,79%	14,54%	17,24%
5	37,78%	29,58%	33,78%	20,10%	14,41%	17,33%
6	21,18%	14,31%	17,83%	11,53%	7,46%	9,55%
7	13,61%	8,62%	11,18%	7,26%	4,34%	5,84%
8	10,15%	6,60%	8,42%	5,26%	3,16%	4,24%
9	7,80%	4,83%	6,35%	3,56%	2,36%	2,98%
10	5,71%	3,54%	4,65%	2,78%	1,55%	2,18%
11	4,19%	2,52%	3,38%	1,85%	1,18%	1,52%
12	3,31%	2,10%	2,72%	1,57%	0,97%	1,28%
13	2,68%	1,64%	2,17%	1,30%	0,78%	1,05%
14	2,02%	1,23%	1,63%	0,96%	0,55%	0,76%
15	1,47%	0,90%	1,19%	0,68%	0,40%	0,54%
16	1,22%	0,71%	0,97%	0,60%	0,36%	0,48%
17	0,84%	0,57%	0,71%	0,41%	0,32%	0,36%
18	0,60%	0,36%	0,48%	0,32%	0,17%	0,25%
19	0,46%	0,25%	0,36%	0,27%	0,10%	0,18%
0-14*	11,92%	8,52%	10,26%	6,74%	4,52%	5,66%

* Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G, Z, und V-Diagnosen; Diagnoseraten innerhalb eines Jahres.

Tabelle A 30 Anteil Kinder mit einer Diagnose Artikulationsstörungen oder Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache (BARMER GEK 2009/10)

Alter	F80.0: Artikulationsstörung			F80.8: Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
1	0,36%	0,22%	0,29%	0,15%	0,16%	0,16%
2	1,97%	1,46%	1,72%	0,73%	0,50%	0,62%
3	8,42%	6,74%	7,61%	2,67%	2,22%	2,45%
4	18,22%	15,26%	16,78%	7,61%	6,55%	7,09%
5	18,18%	14,16%	16,22%	10,26%	8,51%	9,41%
6	9,38%	6,28%	7,87%	4,63%	3,24%	3,96%
7	5,10%	3,21%	4,18%	2,59%	1,81%	2,21%
8	3,31%	2,07%	2,71%	1,92%	1,30%	1,62%
9	2,46%	1,39%	1,94%	1,41%	0,86%	1,14%
10	1,76%	1,07%	1,42%	0,87%	0,70%	0,79%
11	1,21%	0,76%	0,99%	0,71%	0,43%	0,58%
12	0,93%	0,64%	0,79%	0,53%	0,42%	0,48%
13	0,73%	0,44%	0,58%	0,45%	0,32%	0,39%
14	0,60%	0,43%	0,51%	0,32%	0,23%	0,27%
15	0,41%	0,27%	0,35%	0,27%	0,17%	0,22%
16	0,31%	0,18%	0,25%	0,19%	0,15%	0,17%
17	0,25%	0,16%	0,20%	0,11%	0,06%	0,09%
18	0,18%	0,09%	0,14%	0,09%	0,06%	0,08%
19	0,10%	0,08%	0,09%	0,07%	0,06%	0,06%
0-14*	4,66%	3,46%	4,07%	2,24%	1,75%	2,00%

* Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G, Z, und V-Diagnosen; Diagnoseraten innerhalb eines Jahres.

Tabelle A 31 Anteil Kinder mit einer Diagnose von expressiven oder rezeptiven Sprachstörungen (BARMER GEK 2009/10)

Alter	F80.1: Expressive Sprachstörung			F80.2: Rezeptive Sprachstörung		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	0,02%	0,02%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%
1	0,36%	0,20%	0,28%	0,09%	0,05%	0,07%
2	1,56%	0,91%	1,24%	0,49%	0,23%	0,36%
3	1,93%	1,16%	1,55%	0,95%	0,50%	0,73%
4	2,60%	1,73%	2,18%	1,58%	1,06%	1,33%
5	2,78%	1,96%	2,38%	2,73%	1,60%	2,18%
6	2,01%	1,10%	1,57%	2,62%	1,42%	2,03%
7	1,23%	0,62%	0,94%	2,34%	1,38%	1,87%
8	0,89%	0,52%	0,71%	2,08%	1,51%	1,80%
9	0,72%	0,43%	0,58%	1,82%	1,13%	1,49%
10	0,46%	0,24%	0,35%	1,32%	0,74%	1,04%
11	0,35%	0,18%	0,27%	0,89%	0,52%	0,71%
12	0,19%	0,13%	0,16%	0,64%	0,37%	0,51%
13	0,20%	0,13%	0,17%	0,49%	0,26%	0,38%
14	0,13%	0,08%	0,11%	0,34%	0,15%	0,24%
15	0,09%	0,08%	0,09%	0,22%	0,12%	0,17%
16	0,07%	0,04%	0,06%	0,18%	0,08%	0,13%
17	0,06%	0,02%	0,04%	0,11%	0,07%	0,09%
18	0,03%	0,04%	0,03%	0,06%	0,05%	0,05%
19	0,03%	0,01%	0,02%	0,05%	0,03%	0,04%
0-14*	0,99%	0,60%	0,80%	1,21%	0,72%	0,97%

* Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G, Z, und V-Diagnosen; Diagnoseraten innerhalb eines Jahres.

Tabelle A 32 Anteil Kinder mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen sowie mit logopädischer Behandlung (BARMER GEK 2009/10)

Alter	Umschriebene Sprech- und Sprachstörung **			logopädische Behandlung, beliebiger Anlass		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	0,16%	0,18%	0,17%	0,09%	0,08%	0,08%
1	4,33%	2,93%	3,65%	0,27%	0,17%	0,22%
2	16,16%	10,37%	13,34%	1,48%	0,85%	1,17%
3	23,81%	17,81%	20,89%	5,43%	3,26%	4,38%
4	38,61%	31,47%	35,14%	13,26%	9,15%	11,26%
5	40,11%	31,44%	35,89%	19,76%	14,22%	17,06%
6	22,83%	15,40%	19,21%	14,93%	10,07%	12,57%
7	14,96%	9,47%	12,28%	7,84%	5,07%	6,49%
8	11,23%	7,26%	9,30%	5,53%	4,33%	4,94%
9	8,79%	5,47%	7,18%	4,27%	3,40%	3,84%
10	6,57%	4,03%	5,33%	3,17%	2,56%	2,87%
11	4,92%	2,93%	3,95%	2,20%	1,88%	2,04%
12	3,91%	2,48%	3,21%	1,70%	1,71%	1,70%
13	3,25%	1,99%	2,64%	1,53%	1,68%	1,60%
14	2,52%	1,52%	2,03%	1,12%	1,36%	1,24%
15	1,95%	1,15%	1,56%	1,03%	0,89%	0,96%
16	1,69%	0,96%	1,34%	0,76%	0,63%	0,70%
17	1,27%	0,75%	1,02%	0,47%	0,48%	0,47%
18	0,88%	0,54%	0,71%	0,25%	0,33%	0,29%
19	0,73%	0,44%	0,59%	0,22%	0,25%	0,23%
0-14*	13,04%	9,29%	11,21%	5,36%	3,90%	4,65%

* Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G, Z, und V-Diagnosen; Diagnose- und Behandlungsraten innerhalb eines Jahres. ** ICD10-Diagnosen F80 sowie ggf. auch F82.2, F98.5, F98.6 und R47 inkl. aller Subschlüssel berücksichtigt.

Tabelle A 33 Anteil Kinder mit logopädischer Behandlung (BARMER GEK 2009/10)

Alter	logopädische Behandlung bei umschriebener Sprech- und Sprachstörung **			logopädische Behandlung ohne spezifische Diagnose ***		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
0	0,01%	0,01%	0,01%	0,08%	0,07%	0,08%
1	0,09%	0,04%	0,07%	0,18%	0,13%	0,15%
2	1,23%	0,70%	0,97%	0,24%	0,14%	0,19%
3	4,95%	2,91%	3,96%	0,48%	0,36%	0,42%
4	12,38%	8,49%	10,49%	0,88%	0,66%	0,77%
5	18,10%	12,94%	15,58%	1,67%	1,28%	1,48%
6	12,13%	7,84%	10,04%	2,80%	2,24%	2,52%
7	5,90%	3,52%	4,74%	1,93%	1,56%	1,75%
8	3,82%	2,53%	3,19%	1,71%	1,80%	1,75%
9	2,63%	1,70%	2,18%	1,64%	1,69%	1,66%
10	1,78%	1,13%	1,46%	1,39%	1,43%	1,41%
11	1,09%	0,72%	0,91%	1,10%	1,16%	1,13%
12	0,80%	0,59%	0,70%	0,90%	1,12%	1,01%
13	0,68%	0,46%	0,57%	0,85%	1,22%	1,03%
14	0,46%	0,32%	0,39%	0,66%	1,03%	0,84%
15	0,41%	0,23%	0,33%	0,62%	0,65%	0,64%
16	0,32%	0,15%	0,24%	0,44%	0,48%	0,46%
17	0,19%	0,14%	0,17%	0,27%	0,34%	0,31%
18	0,12%	0,11%	0,12%	0,13%	0,21%	0,17%
19	0,12%	0,07%	0,10%	0,10%	0,18%	0,14%
0-14*	4,25%	2,82%	3,55%	1,10%	1,07%	1,09%

* Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G, Z, und V-Diagnosen; Diagnose- und Behandlungsraten innerhalb eines Jahres. ** ICD10-Diagnosen F80 sowie ggf. auch F82.2, F98.5, F98.6 und R47 inkl. aller Subschlüssel berücksichtigt. *** Keine der genannten Diagnosen.

Table A 34 Anteil Kinder 0-14J mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen nach Bundesländern (BARMER GEK 2009/10; D2010-1J)

	umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen **			darunter: ausschließlich mit ICD10-Diagnose F80		
	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.	gesamt
Schleswig-Holstein	12,96%	9,36%	11,20%	12,10%	8,73%	10,46%
Hamburg	12,40%	8,41%	10,46%	11,49%	7,80%	9,69%
Niedersachsen	13,51%	9,68%	11,65%	12,26%	8,85%	10,60%
Bremen	10,41%	7,38%	8,93%	9,48%	6,61%	8,08%
Nordrhein-Westfalen	13,83%	9,71%	11,82%	12,76%	8,97%	10,92%
Hessen	12,22%	8,60%	10,45%	11,03%	7,74%	9,42%
Rheinland-Pfalz	13,64%	9,60%	11,67%	12,21%	8,68%	10,49%
Baden-Württemberg	12,32%	9,20%	10,80%	11,37%	8,51%	9,98%
Bayern	12,94%	9,25%	11,14%	11,93%	8,52%	10,27%
Saarland	13,65%	9,56%	11,66%	12,92%	8,88%	10,95%
Berlin	12,39%	8,93%	10,70%	11,36%	8,24%	9,84%
Brandenburg	13,66%	9,60%	11,68%	12,28%	8,70%	10,54%
Mecklenburg-Vorpommern	13,15%	9,10%	11,18%	12,17%	8,46%	10,36%
Sachsen	12,68%	9,50%	11,13%	11,44%	8,49%	10,01%
Sachsen-Anhalt	11,91%	7,98%	10,00%	10,41%	7,14%	8,82%
Thüringen	12,37%	9,18%	10,81%	10,97%	8,24%	9,64%
Bundesweit	13,04%	9,29%	11,21%	11,92%	8,52%	10,26%

Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte für 0- bis unter 15-Jährige gemäß Angaben zur deutschen Bevölkerung am 31.12.2010; G, Z, und V-Diagnosen; Diagnose- und Behandlungsraten innerhalb eines Jahres. ** ICD10-Diagnosen F80 sowie ggf. auch F82.2, F98.5, F98.6 und R47 inkl. aller Subschlüssel berücksichtigt.

6 Verzeichnisse, Index

6.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Anteil BARMER GEK Versicherte an der Bevölkerung (%) nach Bundesländern am 31. Dezember 2010	25
Abbildung 2	Anteil Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007(GEK) und 2010 (BARMER GEK)	46
Abbildung 3	Anteil Personen mit Arztkontakt 2010 nach Geschlecht und Alter.....	48
Abbildung 4	Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2010	49
Abbildung 5	Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2010.....	50
Abbildung 6	Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2010.....	52
Abbildung 7	Personen mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherte 2010 (BARMER GEK, D2010).....	58
Abbildung 8	Anzahl abrechnender Betriebsstätten je Versichertem 2010 (BARMER GEK, D2010).....	64
Abbildung 9	Diagnoseraten nach ICD10-Kapiteln 2010 (BARMER GEK, D2010).....	78
Abbildung 10	Anzahl unterschiedlicher 3-stelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter im Jahr 2010 (ICD10-Kap. 1-17, 19; BARMER GEK)	91
Abbildung 11	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen EBM 01730, 01731: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK)	120
Abbildung 12	Früherkennungsleistungen Darmkrebs EBM 01734, 01740, 01741: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK).....	124
Abbildung 13	Früherkennungsleistungen EBM 01732, 01745-6, 01750 [nur Frauen]: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK).....	125
Abbildung 14	Anteil Kinder mit Arztkontakt innerhalb eines Jahres bzw. Quartals nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)	129
Abbildung 15	Anzahl Behandlungsfälle und Tage mit Leistungsabrechnung bei Kindern nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)	130
Abbildung 16	Approximative jährliche Behandlungskosten sowie Anzahl unterscheidbare Diagnosen [nur Kapitel 1-17 und 19] bei Kindern nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10)	132

Abbildung 17	Anzahl Behandlungsfälle bei Kinderärzten [Kin], Allgemeinärzten (Allg) sowie Gynäkologen [Gyn] (BARMER GEK 2009/10).....	134
Abbildung 18	Anteil Kinder mit Behandlung bei Kinderärzten, Allgemeinärzten oder beiden Gruppen (BARMER GEK 2009/10).....	136
Abbildung 19	Anteil Kinder 0-5J ohne Behandlung bei Kinderärzten in Bundesländern (BARMER GEK 2009/10, D2010-1J).....	138
Abbildung 20	Anteil Kinder 0-5J ohne Behandlung bei Kinderärzten in Kreisen (BARMER GEK 2009/10, indirekt stand.).....	139
Abbildung 21	Kinder 0-14 Jahre mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherte 2009/2010 (BARMER GEK, D2010-1J).....	141
Abbildung 22	Anteil Kinder mit Behandlung bei ausgewählten Facharztgruppen (BARMER GEK 2009/10).....	143
Abbildung 23	Anteil Kinder mit Behandlung bei Neurologen/Psychiater und Psychotherapeuten (BARMER GEK 2009/10).....	145
Abbildung 24	Anteil der Neugeborenen mit ambulanter Abrechnung einer U1- bzw. U2-Untersuchung an einzelnen Tagen nach Geburt (BARMER GEK 2008-2010; n=182.877 und n=181.688).....	150
Abbildung 25	Anteil der Kinder mit ambulanter Abrechnung einer U3-, U4- bzw. U5-Untersuchung in Wochen nach Geburt (BARMER GEK 2008-2010; n=180.857, n=170.657 und n=170.230).....	151
Abbildung 26	Anteil der Kinder mit ambulanter Abrechnung einer U5-, U6- bzw. U7-Untersuchung in Monaten nach Geburt (BARMER GEK 2008-2010; n=170.230, n=164.184 und n=159.310).....	152
Abbildung 27	Anteil der Kinder mit ambulanter Abrechnung einer U7a-, U8- bzw. U9-Untersuchung in Monaten nach Geburt (BARMER GEK 2008-2010; n=75.590, n=164.590 und n=158.993).....	154
Abbildung 28	Anteil der Kinder mit ambulanter Abrechnung einer U3- bis U9-Untersuchung nach Bundesländern (BARMER GEK 2008-2010; U7a-Rate ab Mitte 2009).....	157
Abbildung 29	Anteil Kinder mit einer Diagnose Scharlach, Windpocken, Dreitagefieber (BARMER GEK 2009/10).....	169
Abbildung 30	Anteil Kinder mit einer Diagnose Mundfäule, Ringelröteln, Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Grindflechte (BARMER GEK 2009/10).....	170
Abbildung 31	Anteil Kinder mit einer Diagnose Pfeiffersches Drüsenfieber (BARMER GEK 2009/10).....	171
Abbildung 32	Anteil Kinder mit Akuten Infektionen der oberen Atemwege (ICD10: F00-F06; BARMER GEK 2009/10).....	174

Abbildung 33	Anteil Kinder mit einer Diagnose Atopisches Ekzem (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10).....	176
Abbildung 34	Anteil Kinder 0-14J mit einer Diagnose Atopisches Ekzem nach Bundesländern (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10; D2010-1J)	178
Abbildung 35	Anteil Kinder 0-14J mit einer Diagnose Atopisches Ekzem nach Kreisen (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10, indirekt stand.)	179
Abbildung 36	Anteil Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD10: F80; BARMER GEK 2009/10)	183
Abbildung 37	Anteil Kinder mit Artikulationsstörungen sowie sonstigen Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache (ICD10: F80.0, F80.8; BARMER GEK 2009/10)	185
Abbildung 38	Anteil Kinder mit expressiven sowie rezeptiven Sprachstörungen (ICD10: F80.1, F80.2; BARMER GEK 2009/10.....	186
Abbildung 39	Anteil Kinder mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen (*vgl. Text; BARMER GEK 2009/10)	190
Abbildung 40	Anteil Kinder 0-14J mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen nach Bundesländern (BARMER GEK 2009/10; D2010-1J).....	192
Abbildung 41	Anteil Kinder 0-14J mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen nach Kreisen (BARMER GEK 2009/10, indirekt stand.).....	193
Abbildung 42	Logopädiebehandlungsraten nach Alter (vgl. Text; BARMER GEK 2009/10).....	195
Abbildung 43	Logopädiebehandlungsraten bei umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen (vgl. Text; BARMER GEK 2009/10).....	197

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Wesentliche Beobachtungseinheiten und Zählgrößen in Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung	31
Tabelle 2	Trends Behandlungsraten, Behandlungsfälle, Arztkontakte je Quartal I bis IV (stand.D2005)	41
Tabelle 3	Ambulante ärztliche Versorgung 2004 bis 2010 (stand.D2005)	43
Tabelle 4	Ambulante ärztliche Versorgung 2010 (BARMER GEK, stand.D2010).....	44
Tabelle 5	Betroffene, Behandlungsfälle und Leistungstage je 1.000 Versicherte 2010 nach Fachgebieten (BARMER GEK, D2010).....	59
Tabelle 6	Abrechnungsziffern sowie approximative Fall- und Versicherten-bezogene Kosten nach Fachgebieten (BARMER GEK, D2010)	61
Tabelle 7	Anzahl kontaktierte Praxen allgemein und nach Fachgruppen 2010.....	66
Tabelle 8	Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2010 (BARMER GEK, D2010).....	70
Tabelle 9	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2004 bis 2010 nach Diagnosekapiteln (GEK, 2010: BARMER GEK; D2005).....	75
Tabelle 10	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2010 (BARMER GEK, D2010).....	76
Tabelle 11	Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2010 (BARMER GEK, D2010).....	79
Tabelle 12	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte Diagnosegruppen 2010 (BARMER GEK, D2010)	81
Tabelle 13	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte 3-stellige Diagnosen 2010 (BARMER GEK, D2010).....	86
Tabelle 14	Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2010 (D2010)	92
Tabelle 15	Häufige 2-fach-Kombinationen von Diagnosen 2010 (D2010).....	94
Tabelle 16	Häufige 2-fach-Kombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2010.....	95
Tabelle 17	Häufige Diagnosen: Säuglinge/Kleinkinder 0 bis unter 5 Jahre	101
Tabelle 18	Häufige Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre	103
Tabelle 19	Häufige Diagnosen: Männliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre	105
Tabelle 20	Häufige Diagnosen: Weibliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre	106
Tabelle 21	Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre	108
Tabelle 22	Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre	109

Tabelle 23	Häufige Diagnosen: Männliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre	111
Tabelle 24	Häufige Diagnosen: Weibliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre	112
Tabelle 25	Häufige Diagnosen: Männliche Personen 65 bis unter 80 Jahre	114
Tabelle 26	Häufige Diagnosen: Weibliche Personen 65 bis unter 80 Jahre	115
Tabelle 27	Häufige Diagnosen: Männliche Hochbetagte ab 80 Jahre	117
Tabelle 28	Häufige Diagnosen: Weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre	118
Tabelle 29	Krebsfrüherkennungsuntersuchungsraten in Bundesländern 2010 (BARMER GEK, D2010)	122
Tabelle 30	Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kindern	148
Tabelle 31	Abrechnung von Vorsorgeuntersuchungen nach Facharztgruppen 2010 (BARMER GEK)	155
Tabelle 32	Klassische Kinderkrankheiten – Übersicht	160
Tabelle 33	Kinderkrankheiten – Diagnosehäufigkeit (BARMER GEK 2009/2010)	162
Tabelle 34	Akute Infektionen der oberen Atemwege – Diagnosehäufigkeit innerhalb eines Jahres (BARMER GEK 2009/2010)	173
Tabelle 35	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache – Diagnosehäufigkeit innerhalb eines Jahres (BARMER GEK 2009/2010)	182
Tabelle 36	Durchschnittliche Bevölkerung Deutschland 2005 und 2010	202

6.3 Verzeichnis der Tabellen im Anhang:

Tabelle A 1	Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2010	207
Tabelle A 2	Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2010	208
Tabelle A 3	Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2010	209
Tabelle A 4	Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2010	210
Tabelle A 5	Fachgebietscodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach 3 Zuordnungsvarianten (BARMER GEK, D2010), Fachgebietsgruppierung	211
Tabelle A 6	Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Anteil Betroffene nach Geschlecht und Alter 2010	215

Tabelle A 7	Früherkennungsleistungen Darmkrebs EBM 01734, 01740, 01741: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK).....	216
Tabelle A 8	Früherkennungsleistungen EBM 01732, 01745-6, 01750 [nur Frauen]: Betroffene nach Alter 2010 (BARMER GEK).....	217
Tabelle A 9	Anteil Kinder mit Arztkontakt innerhalb eines Jahres bzw. Quartals nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10).....	218
Tabelle A 10	Anzahl Behandlungsfälle und Tage mit Leistungsabrechnung bei Kindern nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10).....	219
Tabelle A 11	Approximative Behandlungskosten sowie Zahl der Diagnosen bei Kindern nach Geschlecht und Alter (BARMER GEK 2009/10).....	220
Tabelle A 12	Anzahl Behandlungsfälle bei Kinderärzten, Allgemeinärzten sowie Gynäkologen in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10).....	221
Tabelle A 13	Anteil Kinder mit Behandlung bei Kinderärzten, Allgemeinärzten oder beiden Gruppen in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10).....	222
Tabelle A 14	Anteil Kinder mit Behandlung bei HNO-Ärzten, Augenärzten und Hautärzten in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10).....	223
Tabelle A 15	Anteil Kinder mit Behandlung bei Orthopäden, Chirurgen und Gynäkologen in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10).....	224
Tabelle A 16	Anteil Kinder mit Behandlung bei Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten in Altersjahren (BARMER GEK 2009/10).....	225
Tabelle A 17	Vorsorgeuntersuchungen U1 und U2 (BARMER GEK 2008-2010).....	226
Tabelle A 18	Vorsorgeuntersuchungen U3, U4 und U5 (BARMER GEK 2008-2010).....	227
Tabelle A 19	Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8, U9 (BARMER GEK 2008-2010).....	228
Tabelle A 20	Vorsorgeuntersuchungen U5, U6 und U7 (BARMER GEK 2008-2010).....	230
Tabelle A 21	Anteil Kinder mit U3- bis U6-Untersuchung nach Bundesländern (BARMER GEK 2008-2010).....	231
Tabelle A 22	Anteil Kinder mit U7- bis U9-Untersuchung nach Bundesländern (BARMER GEK 2008-2010).....	232
Tabelle A 23	Anteil Kinder mit einer Diagnose Scharlach, Windpocken, Dreitagefieber (BARMER GEK 2009/10).....	233
Tabelle A 24	Anteil Kinder mit einer Diagnose Mundfäule, Ringelröteln, Hand-Fuß- Mund-Krankheit (BARMER GEK 2009/10).....	234
Tabelle A 25	Anteil Kinder mit einer Diagnose Grindflechte, Pfeiffersches Drüsenfieber (BARMER GEK 2009/10).....	235
Tabelle A 26	Anteil Kinder mit einer Diagnose J06-J06, darunter J03, J06 sowie mit Diagnose J35.1 oder J35.2 (BARMER GEK 2009/10).....	236

Tabelle A 27	Anteil Kinder mit einer Diagnose Atopisches Ekzem (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10 bzw. 2010)	237
Tabelle A 28	Anteil Kinder 0-14J mit einer Diagnose Atopisches Ekzem nach Bundesländern (ICD10: L20; BARMER GEK 2009/10; D2010-1J)	238
Tabelle A 29	Anteil Kinder mit einer Diagnose F80 sowie darunter mit Diagnose F80.9 (BARMER GEK 2009/10).....	239
Tabelle A 30	Anteil Kinder mit einer Diagnose Artikulationsstörungen oder Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache (BARMER GEK 2009/10).....	240
Tabelle A 31	Anteil Kinder mit einer Diagnose von expressiven oder rezeptiven Sprachstörungen (BARMER GEK 2009/10).....	241
Tabelle A 32	Anteil Kinder mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen sowie mit logopädischer Behandlung (BARMER GEK 2009/10)	242
Tabelle A 33	Anteil Kinder mit logopädischer Behandlung (BARMER GEK 2009/10)	243
Tabelle A 34	Anteil Kinder 0-14J mit umschriebenen Sprech- und Sprachstörungen nach Bundesländern (BARMER GEK 2009/10; D2010-1J).....	244

6.4 Index

Ambulante Versorgung

- Anzahl kontaktierte Ärzte 63
- Arztkontakte 2004-10 43
- Arztkontakte je Quartal 41
- Arztwechsel 66
- Auswertungspopulation 37
- Behandlungen im Jahresverlauf 46
- Behandlungsfall-Definition 28
- Behandlungsfälle 2004-10 43
- Behandlungsfälle 2010 44
- Behandlungsfälle je Quartal 41
- Behandlungsfälle n. Fachgeb. neu 59, 61
- Behandlungsfälle n. Fachgr. neu 59
- Behandlungsfälle nach Alter 49
- Behandlungskosten n. Fachgr. neu 61
- Behandlungskosten nach Alter 52
- Behandlungsrate 2004-10 43
- Behandlungsrate 2010 44
- Behandlungsrate je Quartal 41
- Behandlungsrate nach Alter 48
- Behandlungsraten n. Fachgr. neu 58
- Betriebsstättenfall 54
- Betriebsstättennr. 33
- BSNR 33
- Bundesländer 69
- Check-up 35 125
- Datenstruktur ab 2008 32
- Datenstruktur bis 2007 28
- Datenvolumen 35
- Diagnosekennung G, A, V, Z 71
- Diagnosen 71
- Diagnosen – Anzahl pro Kopf 90
- Diagnosen - Kombinationen 92
- Diagnosen 3-stellig 85
- Diagnosen b. Erwachsenen 110
- Diagnosen b. Hochbetagten 116
- Diagnosen b. Jugendlichen 104
- Diagnosen b. jungen Erw. 107
- Diagnosen b. Kindern 102
- Diagnosen b. Kleinkindern 100
- Diagnosen b. Ruheständlern 113
- Diagnosen b. Säuglingen 100
- Diagnosen nach ICD-Gruppen 80
- Diagnosen nach ICD-Kapiteln 73
- Diagnosen und Interpretation 97
- Direktabr. v. Laborgem. 34
- EBM 01730 119
- EBM 01731 119
- EBM 01732 124
- EBM 01733 119
- EBM 01734 123
- EBM 01740 123
- EBM 01741 123
- EBM 01745 125
- EBM 01746 125
- EBM 01750 125
- EBM 2008 32
- EBM f. Früherkennung 119
- Erhebungsmerkmale in Daten 28
- Fachgebiete neu 53
- Fachgruppenzuord. n. LANR 55
- Früherken. Brustkrebs 125
- Früherken. Hautkrebs 125
- Früherkennung n. EBM 119
- Grundpauschale 32
- Hintergünde zu Daten 27
- Jahresverlauf, Beh. im 46
- LANR 33, 53
- Lebensl. Arztnr. 33
- Leistungstage 2010 44
- Leistungstage nach Alter 50
- Maßzahlen 31
- Punktwerte 29
- Versichertenpauschale 32
- Zusammenfassung 7

BARMER GEK

- Bevölkerungsanteil 24
- Übertragbarkeit von Ergebnissen 36
- Versichertenbestand 24

D2005 38**D2010 38****D2010-1J 38****Kindergesundheit**

- Allgemeinärztliche Behandlung 133
- Artikulationsstörungen 184
- Atemwegsinfekte 172
- Atopisches Ekzem 175
- Augenärzte 142
- Auswertungspopulation 128
- Behandlungsfälle nach Alter 130
- Behandlungskosten nach Alter 132
- Behandlungsrate nach Alter 129
- Chirurgen 144
- Diagnosen 159
- Diagnosezahl nach Alter 132
- Dreitagefieber 165
- Einleitung 127
- express. Sprachst. 187
- Fachärztliche Behandlung 141
- Grindflechte 167
- Hand-Fuß-Mund-Krankh. 167
- Hautärzte 143
- HNO 142
- ICD10 F80 180
- ICD10 F80.0 184
- ICD10 F80.1 187
- ICD10 F80.2 188
- ICD10 F80.8 185
- ICD10 F80.9 181
- Impfungen 160
- Inanspruchnahme allg. 128

- Infektionsschutzgesetz 163
- Kinderärztl. Beh. regional 136
- Kinderärztliche Behandlung 133
- klassische Kinderkrankh. 159
- Krankheiten 159
- Lispeln 185
- Logopädie 194
- Methoden 127
- Mundfäule 167
- Neurodermitis 175
- Neurologen 144
- Orthopäden 144
- Pfeiffersches Drüsenfieber 168
- Psychiater 144
- Psychotherapeuten 144
- rezept. Sprachst. 188
- Ringelröteln 167
- Scharlach 165
- Sprech- u. Sprachstör. 180
- STIKO 160
- U1, U2 149
- U3 bis 5 150
- U6, U7 152
- U7a, U8, U9 153
- U-Untersuchungen 147
- Windpocken 165
- Zusammenfassung 15

Standardisierung

- D2005 38
- D2010 38
- D2010-1J 38
- indirekt 203
- Standardpopulationen 202

Zusammenfassung

- allgemein 7
- Ambulante Versorgung 7
- Kindergesundheit 15

**In der BARMER GEK-Edition Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse
sind bisher erschienen:**

- Band 1: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Arztreport. 2010
ISBN 978-3-537-44101-0 Euro 14,90
- Band 2: Glaeske, G., Schicktanz, C.:
BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44102-7 Euro 14,90
- Band 3: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Report Krankenhaus 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44103-4 Euro 14,90
- Band 4: Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.:
BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44104-1 Euro 14,90
- Band 5: Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.:
BARMER GEK Pflegereport 2010. 2010
ISBN 978-3-537-44105-8 Euro 14,90
- Band 6: Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.:
BARMER GEK Arztreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44106-5 Euro 14,90
- Band 7: Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.:
BARMER GEK Zahnreport 2011. 2011
ISBN 978-3-537-44107-2 Euro 14,90

- Band 8: Glaeske, G., Schick Tanz, C.:
 BARMER GEK Arzneimittelreport 2011. 2011
 ISBN 978-3-537-44108-9 Euro 14,90
- Band 9: Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.:
 BARMER GEK Report Krankenhaus 2011. 2011
 ISBN 978-3-537-44109-6 Euro 14,90
- Band 10: Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.:
 BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011. 2011
 ISBN 978-3-537-44110-2 Euro 14,90
- Band 11: Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.:
 BARMER GEK Pflegereport 2011. 2011
 ISBN 978-3-537-44111-9 Euro 14,90