

BARMER GEK Arztreport 2011

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 1. Februar 2011

Teilnehmer:

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

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

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

Dr. Kai Behrens
Stellv. Leiter Unternehmenskommunikation BARMER GEK (Moderation)

Berlin, 1. Februar 2011

BARMER GEK Arztreport

Deutschland ist Weltmeister bei MRT-Untersuchungen

Bildgebende Diagnoseverfahren kommen in der Medizin breit zum Einsatz. Laut aktuellem BARMER GEK Arztreport erhielten im Jahr 2009 rund 6 Prozent der deutschen Bevölkerung bzw. 4,88 Millionen Personen mindestens eine Computertomographie (CT) und 7,2 Prozent bzw. 5,89 Millionen Personen mindestens eine Magnetresonanztomographie (MRT), auch bekannt als Kernspintomographie. Allein 2009 kamen auf 1000 Einwohner 114 CT-Untersuchungen und 97 MRT-Untersuchungen. Damit liegt Deutschland bei den CT-Untersuchungen international im Mittelfeld, bei den MRT-Untersuchungen aber an der Spitze.

Medizinischer Fortschritt und hohe Kosten

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, erkennt darin durchaus Positives: „Unsere Versicherten profitieren vom medizinischen Fortschritt und das Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigt seine Leistungsfähigkeit.“ Gleichzeitig verweist der Kassenvize auf geschätzte Gesamtkosten von 1,76 Mrd. Euro pro Jahr für CT und MRT-Untersuchungen. Dabei entfällt ein Anteil von rund 1,25 Mrd. Euro auf den ambulanten Bereich (ca. 3,2 Prozent der ärztlichen Behandlungskosten im ambulanten Bereich). Die zunehmende Strahlenbelastung durch CT-Nutzung sieht Schlenker kritisch. „Wir dürfen diese Medizintechnik nicht nur einsetzen, weil sie modern ist. Die medizinischen Möglichkeiten nehmen zu, eine differenzierte Diagnostik wird immer wichtiger. Aber jede Diagnostik muss zu therapeutischen Entscheidungen führen.“

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0202 56 81 99 14 01
Fax: 0202 56 81 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0202 56 81 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 030 25331 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Wissenschaftler des Hannoveraner Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) haben für Deutschlands größte Krankenkasse die Untersuchungsraten der letzten Jahre unter die Lupe genommen. Der Trend zeigt konstant nach oben, ein Ende der Entwicklung ist nicht in Sicht. Zwischen 2004 und 2009 stieg die Zahl der Personen mit mindestens einer Computertomographie (CT) um insgesamt 26 Prozent. Der Bevölkerungsanteil mit mindestens einer Magnetresonanztomographie (MRT) erhöhte sich im selben Zeitraum um insgesamt 41 Prozent. Zieht man den Alterungseffekt ab, liegen die Steigerungsraten noch bei insgesamt 20 bzw. 38 Prozent. Die jährliche Steigerungsrate seit 2004 liegt damit bei durchschnittlich 4,8 Prozent (CT) und 7,1 Prozent (MRT) beziehungsweise bereinigt um demografische Effekte bei 3,7 und 6,6 Prozent.

MRT beliebt bei Ärzten und Patienten

Nicht nur bei Ärzten, auch bei Patienten steht die bildgebende Diagnostik hoch im Kurs. Bei einer Patientenbefragung wurde danach gefragt, wie wichtig die Untersuchung mit MRT zur Abklärung der eigenen Kniebeschwerden gewesen sei. 90 Prozent hielten sie für „sehr wichtig“, nur ein Prozent gab an, dies nicht beurteilen zu können.

Für Professor Friedrich Wilhelm Schwartz vom ISEG sagt die breite Nutzung noch nichts über den medizinischen Nutzen aus: „In welchen Fällen das MRT sinnvolle therapeutische Konsequenzen nach sich zieht, die ohne MRT ausgeblieben wären, lässt sich nur schwer quantifizieren.“ Bei Knieuntersuchungen, so der ehemalige Vorsitzende des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, dürfte man in MRT-Bildern fast immer einen pathologischen Befund sehen.

3,4 behandelnde Ärzte im Durchschnitt

Der BARMER GEK Arztreport 2011 liefert weitere wichtige Kennzahlen und Trends zur ambulant-ärztlichen Versorgung. Mehr als 90 Prozent der Bevölkerung hatte im Jahr 2009 mindestens einen

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0202 56 81 99 14 01
Fax: 0202 56 81 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0202 56 81 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 030 25331 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

ambulanten Arztkontakt, wobei 16 Prozent nur *eine* Arztpraxis aufsuchte, rund 41 Prozent aber vier und mehr. Im Durchschnitt wurden 3,4 unterschiedliche behandelnde Ärzte bzw. Arztpraxen aufgesucht. Nur etwa 10 Prozent kontaktierten mehr als sechs unterschiedliche Ärzte, bei 1,2 Prozent der Bevölkerung wurden Leistungen von mehr als zehn unterschiedlichen Arztpraxen abgerechnet.

Ost-West-Gefälle bei Bluthochdruck und Diabetes

Auffällig sind auch die markanten Ost-West-Unterschiede bei der Häufigkeit einzelner Diagnosen. Dr. Thomas G. Grobe vom ISEG: „Noch 20 Jahre nach dem Mauerfall ließe sich die ehemalige innerdeutsche Grenze allein anhand von ärztlichen Diagnosen nachzeichnen.“ Ärzte in den neuen Bundesländern diagnostizieren „Essentielle Hypertonie“ etwa 20 Prozent häufiger als im Bundesdurchschnitt, einen „Diabetes mellitus Typ 2“ etwa 30 Prozent häufiger. Die höchsten Bundeslandwerte liegen bei der Hypertonie 47 Prozent über den niedrigsten Bundeslandwerten (Mecklenburg-Vorpommern verglichen mit Hamburg), beim Diabetes liegen Diagnoseraten um bis zu 93 Prozent auseinander (Sachsen verglichen mit Hamburg). Wieweit dies auf unterschiedliche Kodiergewohnheiten oder Erkrankungshäufigkeiten zurückgeht, bleibt offen.

Auswertungsbasis sind die pseudonymisierten Daten von rund 8,2 Millionen BARMER GEK Versicherten. Der repräsentative Datenpool entspricht zehn Prozent der deutschen Bevölkerung und ermöglicht sehr differenzierte Auswertungen.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0202 56 81 99 14 01
Fax: 0202 56 81 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0202 56 81 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 030 25331 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Statement

BARMER GEK Arztreport 2011

**Leistungsfähige ambulante Versorgung,
rasante Entwicklung bei CT und MRT**

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 1. Februar 2011 in Berlin

Medizinische Spitzentechnologie in der GKV-Regelversorgung

Das Jahr 2011 steht im Zeichen der Gesundheitsforschung. Auf einer Auftaktpressekonferenz vor drei Wochen in der Charité verkündeten Bundesgesundheitsministerium und Bundesministerium für Bildung und Forschung ein Investitionsprogramm von 5,5 Milliarden Euro für die Gesundheitsforschung in den nächsten vier Jahren. In der Broschüre "Erfolge der Gesundheitsforschung" werden "Mag(net)ische Momente" gefeiert. Als Paradebeispiel einer neuen Technologie, die es zum "diagnostischen Standardverfahren" gebracht habe, wird die Magnetresonanztomographie präsentiert.

Wir sind der Verbreitung von Computer- und Kernspintomographie im Rahmen der GKV-Versorgung in Deutschland auf den Grund gegangen und haben Abdeckungsgrad, Nutzungsquote und Steigerungsraten im Bereich dieser bildgebenden Diagnostik von Wissenschaftlern des Hannoveraner Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung ISEG untersuchen lassen. Tatsächlich sind die Zahlen imposant. Sie zeigen, dass medizinische Spitzentechnologie in der Regelversorgung ankommt bzw. ihren festen Platz hat. Davon profitieren alle Versicherten. Der Verdacht, die gesetzliche Krankenversicherung verhindere oder verzögere den Zugang zu medizinischen Neuerungen bzw. sei ein Hemmschuh für Innovationen, erweist sich also als unbegründet. Einen ähnlichen Befund lieferte übrigens auch der BARMER GEK Report Krankenhaus 2010 für den Bereich der endoprothetischen Versorgung.

Therapeutische Stringenz erforderlich

Differenzierte Diagnostik ist objektiv sinnvoll und subjektiv zufriedenstellend. Laut der von uns durchgeführten Patientenumfrage funktioniert hier auch die Versorgungskette - geht die Initiative zu einer MRT-Untersuchung bei Kniebeschwerden doch überwiegend vom Orthopäden aus. Mittelfristig müssen wir uns jedoch etwas einfallen lassen: Wir verzeichnen für den Zeitraum von 2004 bis 2009 altersbereinigte Steigerungsraten von insgesamt 20 bis 40 Prozent, jährlich liegen wir zwischen 3,1 und 8,7 Prozent. Die jährlichen Kosten laufen auf die Zwei-Milliarden-Grenze zu, im ambulant-ärztlichen Bereich machen sie bereits 3,2 Prozent der gesamten Vergütung aus! Auch die Strahlenbelastung durch die Computertomographie - 60 Prozent der medizinischen Strahlenbelastung gehen allein auf CT zurück - sollten wir nicht unterschätzen.

Natürlich nehmen die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu, eine differenzierte Diagnostik wird immer wichtiger. Angesichts einer älter werdenden Bevölkerung kann zudem mit einer Fallzahlreduktion vorerst nicht gerechnet werden. Wir dürfen diese Medizintechnik aber nicht nur einsetzen, weil sie modern ist. Jede Diagnostik muss auch zu therapeutischen Entscheidungen führen. Wünschenswert ist ihr gezielter Einsatz.

Diagnostische Zentren als Scharnier

Es drängt sich die Frage auf, ob die breite Diagnostik im ambulanten sowie stationären Bereich ineffiziente Parallelstrukturen befördert. Stichwort "Doppelte Facharztschiene". Hier wird teure Medizintechnik in der Praxis und im Krankenhaus vorgehalten, Anschaffung, Betrieb und Wartung kosten viel Geld.

Unter Umständen können im Zusammenwirken der Disziplinen und Sektoren gewisse Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden. Lösungsbeispiel wäre der gemeinsame Betrieb einer teuren Apparatur in Form eines "Diagnostischen Zentrums" durch Krankenhaus und Vertragsarzt. Teilweise gibt es solche Versorgungszentren und Betreibergesellschaften schon. Patienten werden hier fast rund um die Uhr untersucht. Mögliche Lösung im Sinne des § 95 SGB V sind die Medizinischen Versorgungszentren. Diese Variante könnte auch das Problemfeld der "Doppeluntersuchungen" im Krankenhaus verbessern.

Hausarztorientierung vorhanden

Hellhörig macht die Erhebung zu den Patientenkontakten mit unterschiedlichen Ärzten: 41 Prozent der Bevölkerung besucht vier oder mehr Arztpraxen bzw. verschiedene Fachärzte pro Jahr. Das mag zunächst viel erscheinen. Aber wie schnell kommen vier Kontakte zum Hausarzt, Frauenarzt, HNO-Arzt, Augenarzt... zusammen! Und lediglich 1,2 Prozent der Versicherten kontaktiert mehr als zehn unterschiedliche Ärzte. Von einem deutschen Hang zum Ärzte-Hopping zu sprechen, wäre übertrieben.

Auch interessant: 81,5 Prozent der Bevölkerung Deutschlands hat mindestens einmal pro Jahr Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarzt. Der Hausarzt genießt hohe Akzeptanz, die primäre Hausarztorientierung ist heute schon Realität.

Arbeitsgrundlage für das "Versorgungsgesetz"

Die Vorschläge der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion "für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland" sind schon vielfach kommentiert worden. Aus unserer Sicht bietet das Papier interessante Anknüpfungspunkte und einen guten Rahmen für die weitere Reformdiskussion. Auf einige Punkte möchte ich kurz eingehen:

- Positiv ist, dass die Behauptung eines "Ärztemangels" nicht einfach übernommen wird. Allerdings wird dann vor allem auf die Behebung von Versorgungsengpässen, weniger auf den Abbau von Überversorgung eingegangen.
- Nichtsdestotrotz: Zentrale Herausforderung ist eine Reform der Bedarfsplanung. "Regionale sektorübergreifende Versorgungsausschüsse" wirken auf den ersten Blick zwar charmant, weil integrativ und konsensorientiert. Aus unserer Sicht wäre ein solches Gremium aber kaum handlungsfähig. Entscheidungen über die ambulante Versorgungssteuerung sollten auch künftig von den unmittelbar Verantwortlichen getroffen werden, also Ärzten, Kliniken und den gesetzlichen Krankenkassen.
- Ansätze zur Stärkung der integrierten Versorgung bzw. der Medizinischen Versorgungszentren sind absolut richtig. Eine Beschränkung auf bestimmte Rechtsformen und Ärzte / ärztliche Praxisgemeinschaften wäre allerdings kontraproduktiv. Nichts gegen den Sachverstand und die Beteiligung von Ärzten, aber solche Einrichtungen brauchen zusätzlich kaufmännischen Sachverstand und Managementfähigkeiten.
- Ein sehr guter Vorschlag ist die sektorübergreifende Bündelung der Notfallversorgung inklusive Hausbesuche. Dies beinhaltet allerdings auch eine Neuordnung der Honorarstruktur für Notfalldienste.

Statement

BARMER GEK Arztreport 2011

**Veränderte Datengrundlagen
- veränderte Aussagemöglichkeiten**

Dr. Thomas G. Grobe
ISEG - Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung,
Hannover

anlässlich der Pressekonferenz
am 1. Februar 2011 in Berlin

Der zweite BARMER GEK Arztreport setzt die Tradition des seit 2006 erschienenen GEK Reports ambulant-ärztliche Versorgung fort. Die Basis der aktuellen Auswertungen zum Jahr 2009 bilden erstmals und überwiegend gemeinsame Daten der BARMER und GEK zu insgesamt mehr als 8 Mio. Versicherten, die gut 10 Prozent der deutschen Bevölkerung repräsentieren und in pseudonymisierter Form ausgewertet werden konnten.

Arztkontakte

Von einer aufschlussreichen Kennzahl, der Zahl der Arztkontakte, musste sich der diesjährige Arztreport verabschieden. Durch die Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen und durch die seit 2009 zudem ganzjährig gültigen Regelungen zur Direktabrechnung von Laborgemeinschaften war eine Bestimmung der Arztkontakte 2009 nicht mehr möglich, auch wenn eher ein Anstieg als ein Rückgang im Vergleich zum Vorjahr zu erwarten wäre. Abhilfe könnte die Einführung von vergütungsunabhängig dokumentierten Pseudoabrechnungsziffern bei jedem Arztkontakt schaffen.

Ambulante Vergütung

Im Gegensatz zur Situation der Arztkontakte war die Vergütung ärztlich erbrachter Leistungen im Jahr 2009 transparenter als in den Vorjahren. 2009 galt für einen weit überwiegenden Teil der ärztlich abgerechneten Leistungen erstmals ein bundesweit und kassenübergreifend einheitlich festgelegter Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent. Unter Vernachlässigung extrabudgetärer Leistungen lassen sich auf der Basis von Daten der BARMER und GEK durchschnittliche jährliche Behandlungskosten in Höhe von 469 Euro pro Kopf der Bevölkerung im Jahr 2009 ermitteln. Im Gegensatz zu Angaben aus anderen Datenquellen können die vorliegenden Schätzungen auch für einzelne Geschlechts- und Altersgruppen ausgewiesen werden (vgl. Arztreport 2011, Abbildung 7, Seite 52 sowie Tabelle A 4, Seite 251). Diese variieren zwischen 176 Euro bei 20- bis 24-jährigen Männern und durchschnittlich 982 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.

Häufige Diagnosen

Wie in zurückliegenden Jahren befassen sich wesentliche Abschnitte des Arztreports mit der Häufigkeit von Diagnosen. In Deutschland sind 2009 nach Hochrechnung von Daten der BARMER und GEK etwa 2,35 Milliarden formal gültige ICD10-Diagnoseschlüssel im

Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung dokumentiert worden. Pro Kopf der Bevölkerung wurden dabei 2009 durchschnittlich 9,5 unterschiedliche Diagnosen im Sinne von Erkrankungen erfasst (vgl. Report Seite 131). Bestrebungen zur weiteren Verbesserung der Kodierqualität von ambulanten Diagnosen, beispielsweise im Sinne der jetzt begonnenen Umsetzung der Kodierrichtlinien, sind zu begrüßen.

Regionale Unterschiede

Die breite Datenbasis des Arztreports erlaubt Auswertungen zu regionalen Diagnose- und Ereignishäufigkeiten auch innerhalb von Bundesländer, die im ISEG auf der Basis von zuvor kassenintern aggregierten Daten durchgeführt wurden und erstmals im Report vorgestellt werden. Offensichtliche Ost-West-Unterschiede zeigen sich bei den (indirekt) geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen im Hinblick auf die regionale Häufigkeiten der Diagnosen einer essentiellen Hypertonie sowie eines Diabetes mellitus Typ 2 (ICD10: I10 sowie E11). Eine essentielle Hypertonie wird in den neuen Bundesländern etwa um 20% und ein Diabetes mellitus Typ 2 etwa um 30% häufiger als im Bundesdurchschnitt diagnostiziert (vgl. Report Seite 97ff. sowie Seite 161ff.). Erstaunlich erscheint dabei, dass sich auch 20 Jahre nach dem Fall der Mauer der Verlauf der innerdeutschen Grenze noch in weiten Teilen allein auf der Basis von Angaben zur Diagnosehäufigkeit einer Hypertonie rekonstruieren ließe, was sowohl durch regional tradierte Kodiergewohnheiten als auch durch reale Erkrankungshäufigkeiten bedingt sein könnte. Andere Diagnosen, beispielsweise Fettstoffwechselstörungen (ICD10: E78; Report Seite 109), zeigen demgegenüber regionale Muster ohne Hinweise auf die vormalig bestehenden Grenzen.

Resümee

Pseudonymisierte Daten aus der ambulant-ärztlichen Versorgung bieten eine Basis für Auswertungen, die sonst nicht möglich wären. Durch eine Erfassung von Arztkontakten unabhängig von abgerechneten Leistungen sowie durch eine Verbesserung der Kodierqualität von Diagnosen ließe sich die Aussagekraft noch erhöhen. Bestrebungen in diese Richtung sind aus Sicht der Versorgungsforschung zu befürworten. Valide und differenzierte Abschätzungen von Erkrankungshäufigkeiten bilden die grundlegende und notwendige Basis für eine sachgerechte Diskussion über gesundheitliche Risiken sowie die Prävention und Behandlung von Krankheiten. Pauschalierte Vergütungen ohne gezielte Dokumentation grundlegender Leistungsparameter führen zu weniger Transparenz, womit Effekte der Vergütung oder anderer Einflüsse auf das Leistungsgeschehen nur noch schwer belegt werden können.

Statement

BARMER GEK Arztreport 2011

**Mehr Diagnostik
- mehr Gesundheit?**

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 1. Februar 2011 in Berlin

Das diesjährige Schwerpunktthema des Reports befasst sich mit zwei bildgebenden diagnostischen Verfahren. Während die Computertomographie bereits seit den 70er Jahren in der Praxis genutzt wurde, konnte das zweite Verfahren, die Magnetresonanztomographie erst seit den 80er Jahren in der Praxis angewendet werden. 1984 existierten in Deutschland (West) erst 18 Geräte.

CT- und MRT-Gerätezahlen

Anfang 1996 gab es in Deutschland 1.344 CT- sowie 465 MRT- Geräte. Seit Abschaffung der Großgeräteverordnung 1997 lassen sich entsprechende Zahlen nur noch schwer bestimmen. Für das Jahr 2009 kann von gut 2.500 CT-Geräten sowie etwa 1.850 MRT-Geräten in Deutschland ausgegangen werden. Demnach dürfte sich in Deutschland sowohl die Zahl der CT-Scanner als auch die Zahl der MRT-Geräte im Vergleich zu Ländern mit OECD-Angaben im oberen Drittel bewegen (vgl. Arztreport Tabelle 38 auf Seite 191).

Untersuchungsfrequenzen und -kosten 2009

Im Rahmen des Arztreportes wurden CT- und MRT-Untersuchungsfrequenzen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ermittelt. 6,0% der Bevölkerung erhielten im Jahr 2009 nach Auswertungen von Daten der BARMER und GEK mindestens eine CT-Untersuchung. Insgesamt wurden in Deutschland 2009 je 1.000 Einwohner 114 CT-Untersuchungen durchgeführt (absolut: 9,37 Mio.), darunter 68 im ambulanten und 46 je 1.000 Einwohner im stationären Bereich (vgl. Arztreport Tabelle 41 auf Seite 201).

Von mindestens einer MRT-Untersuchung waren innerhalb des Jahres 2009 7,2% der Bevölkerung betroffen (vgl. Abbildung 38 auf Seite 212). Die Anzahl der MRT-Untersuchungen belief sich 2009 auf knapp 97 Untersuchungen je 1.000 Einwohner (abs.: 7,90 Mio. Untersuchungen). Von den Untersuchungen wurden 78,0 je 1.000 Einwohner in Arztpraxen erbracht (80,8%) und 18,5 im Rahmen einer stationären Behandlung (19,2%). Auf die Kosten für die Durchführung von CTs und MRTs im Rahmen ambulant-ärztlichen Versorgung entfielen 2009 dabei zusammengekommen 3,23% der gesamten ambulanten Arzthonorare (ohne extrabudgetäre Leistungen und damit im Sinne der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung).

Untersuchungsfrequenzen im internationalen Vergleich

Die hier für Deutschland ermittelten CT-Untersuchungsfrequenzen bewegen sich im Vergleich zu anderen OECD-Ländern im Mittelfeld. Bevölkerungsbezogen noch deutlich mehr CT-Untersuchungen werden nach OECD-Angaben insbesondere in den USA durchgeführt (vgl. Tabelle 58 auf Seite 240 im Arztreport).

Die MRT-Untersuchungsfrequenz liegt in Deutschland demgegenüber auf einem vergleichbaren Niveau wie in den USA. Sie bewegt sich im Vergleich zu anderen Ländern damit zweifellos im internationalen Spitzenfeld.

Rein vor dem Hintergrund der CT-assoziierten Strahlenbelastung erscheint es erfreulich, dass Deutschland bei CT-Untersuchungshäufigkeiten nur im Mittelfeld liegt und demgegenüber eher bei MRT-Untersuchungen eine Spitzenposition einnimmt. MRTs sind allerdings mit hohen Kosten verbunden; die ermittelten Häufigkeiten sagen primär nichts darüber aus, inwieweit ihre Anwendungen grundsätzlich alle gut begründet und für den Patienten dementsprechenden medizinischen Nutzen hatten.

Patientenperspektive

Einschätzungen und Beurteilungen zur bildgebenden Diagnostik wurden im Rahmen des Arztreportes von Patienten mit Kniebeschwerden erfragt (vgl. Reportabschnitte ab Seite 220). Ganz offensichtlich wird der Magnetresonanztomographie (MRT) zur Abklärung von Kniebeschwerden patientenseitig eine ausgesprochen hohe Relevanz zugesprochen: 90% der untersuchten Patienten hielten eine durchgeführte Magnetresonanztomographie für "sehr wichtig", nur ein marginaler Teil der Patienten (1%) gab an, die Relevanz nicht beurteilen zu können.

Entwicklung der Gerätenutzung seit 2004

Von 2004 bis 2009 stieg der Bevölkerungsanteil mit CT-Untersuchungen unabhängig von demografischen Veränderungen um 20% (vgl. Arztreport ab Seite 234). Unter Berücksichtigung von demografischen Veränderungen resultiert nach unseren Ergebnissen in den genannten Jahren eine Steigerung um insgesamt 26%. Der Bevölkerungsanteil mit MRT-Untersuchungen stieg altersbereinigt zwischen 2004 und 2009 noch sehr viel deutlicher um 38%, unter Berücksichtigung demografischer Veränderungen nur etwas mehr um insgesamt 41%. Anhaltspunkte für das Erreichen eines Sättigungspunktes ergeben sich bei keiner der beiden Untersuchungsformen.

Demnach wäre zu erwarten, dass beide Untersuchungstechniken auch zukünftig noch häufiger, beziehungsweise bei noch mehr Patienten, Anwendung finden und entsprechend

hohe Ressourcen im Gesundheitssystem binden (bereits 2009 verursachten CTs und MRTs Ausgaben in Höhe von schätzungsweise 714 Mio. und 1,047 Milliarden Euro). Die Prognose müsste nach den vorliegenden Ergebnissen auch ohne die Erwartung jeglicher demografischer Veränderungen gestellt werden, die in den vergangenen Jahren – insbesondere im Hinblick auf MRT-Untersuchungen – nur in sehr geringem Umfang zu einer Ausweitung der Nutzung beitrugen.

Resümee

Die Nutzenbewertung von diagnostischen Maßnahmen ist schwierig. Bei unserem Befragungsbeispiel, den Kniebeschwerden, dürfte man in MRT-Bildern von Patienten fast immer einen pathologischen Befund sehen. Spätestens ab einem bestimmten Alter gilt dies allerdings häufig auch für beschwerdefreie Personen. Eine 2011 im American Journal of Roentgenology veröffentlichte brasilianische Studie von Soder et.al. fand bereits unter beschwerdefreien 14- bis 15-jährigen männlichen Jugendlichen bei 32% der untersuchten Knie im MRT pathologische Befunde. Die genannte Zahl gilt allerdings nur für Jugendliche, die nicht Fußball spielen. In der fußballspielenden Vergleichsgruppe wurden bei 64% der untersuchten Knie Abnormalitäten festgestellt.

In welchen Fällen das MRT sinnvolle therapeutische Konsequenzen nach sich zieht, die ohne MRT ausgeblieben wären, lässt sich schwer quantifizieren. Sicherlich ist die Möglichkeit zur MRT-Untersuchung in manchen klinischen Situationen ein Segen. In anderen Situationen kann sie jedoch auch den Anlass zu therapeutischen Interventionen mit fraglichem Nutzen liefern.

Nach unseren Auswertungen im Rahmen des BARMER GEK Reports Krankenhaus 2010 ist die Zahl der Erstimplantationen von Kniegelenksendoprothesen in Deutschland zwischen 2003 und 2009 um mehr als 50% gestiegen. Eine Vermeidung entsprechender Eingriffe dürfte sich in den seltensten Fällen durch mehr Diagnostik realisieren lassen. Sie ist nur durch Prävention zu erreichen.

BARMER GEK Arztreport 2011

Schwerpunkt: Bildgebende Diagnostik



Zusammenstellung von Ergebnissen
zur Pressekonferenz in Berlin, 1. Februar 2011



Gliederung

Allgemeiner Teil: **Ambulant-ärztlichen Versorgung**

- > *Veränderungen der Datengrundlage*
- > *Ausgaben und Diagnosen, regionale Unterschiede*

Schwerpunktthema: **"Bildgebende Diagnostik"**

Computer- und Magnetresonanztomographie (CT, MRT)
Entwicklung in Arztpraxen und Krankenhäusern

> **Untersuchungen:**

- *betroffene Bevölkerung, Untersuchungshäufigkeit, Kosten*
- *internationaler Vergleich, Patientenperspektive, Trends*

Datengrundlage Arztreport

Basis 2009: erstmals überwiegend pseudonymisierte Daten zu bundesweit 8,2 Mio. Versicherten der BARMER und GEK

Datenumfang BARMER GEK 2009:

75 Mio. Abrechnungsfälle, 286 Mio. Diagnoseschlüssel (ICD10),
480 Mio. Abrechnungsziffern (EBM)

Übertragbarkeit: Durch Geschlechts- und Altersstandardisierung sind Hochrechnungen auf die allgemeine Bevölkerungen möglich

Deutschland 2009:

658 Mio. Behandlungsfälle wurden abgerechnet (Behandlungsfall = alle Leistungen eines Arztes bei einem Patient in einem Quartal)

2,35 Mrd. formal gültige Diagnoseschlüssel wurden dokumentiert, dabei pro Kopf durchschnittlich 9,5 unterschiedliche Diagnosen im Sinne von Erkrankungen (ICD10 3-stellig, nur Kapitel 1-17 und 19)

Abrechnungsdaten – allg. Veränderungen 2009

Lebenslange Arztnummer (LANR):

Verwendet ab 1. Juli 2008 > 2009 erstmals Ergebnisse zum gesamten Kalenderjahr mit **neuer Fachgruppeneuordnung**

Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften:

Vorgeschrieben seit 1. Oktober 2008 > seit 2009 resultieren ganzjährig "neue" Behandlungsfälle bei Laborleistungen

Orientierungspunktwert:

Seit 2009 gilt bundesweit sowie fach- und kassenübergreifend ein einheitlicher Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent

Konsequenzen für Auswertungen 2009

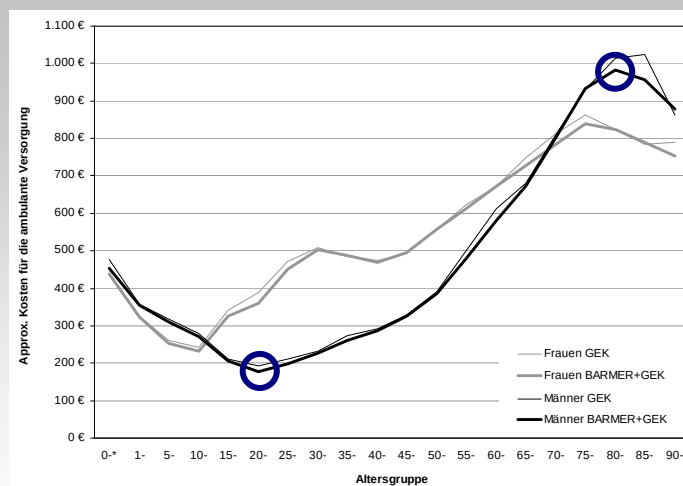
Arztkontakte

Kontakte seit 2008 aufgrund pauschalierter Vergütung nicht mehr vollständig dokumentiert, Fallzahlen rein abrechnungsbedingt seit 2009 ganzjährig erhöht > Arztkontakte nicht mehr seriös abschätzbar
Vorschlag > Pseudoabrechnungsziffern

Behandlungskosten

Durch Orientierungspunktwert ist eine **realitätsnähere Abschätzung von Behandlungskosten möglich**
(hier: ohne extrabudgetäre Leistungen und damit ausschließlich Kosten im Sinne der "morbiditybedingten Gesamtvergütung")

Ambulant-ärztliche Behandlungskosten 2009



Minimum (Männer 20-24 Jahre): ca. 176 Euro pro Jahr

Maximum (Männer 80-84 Jahre): ca. 982 Euro pro Jahr

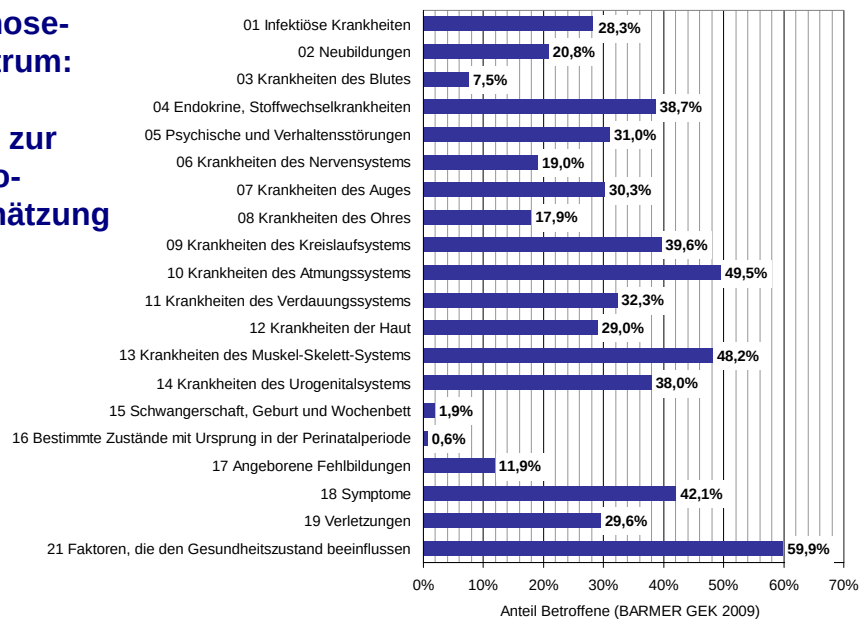
Durchschnitt über alle: ca. 469 Euro pro Jahr (M: 401 Euro; F: 534 Euro)

(ohne extrabudgetäre Leistungen und damit im Sinne der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung)

vgl. Report
Seite 12, 52,
251

Diagnose- Spektrum:

Basis zur Risiko- abschätzung



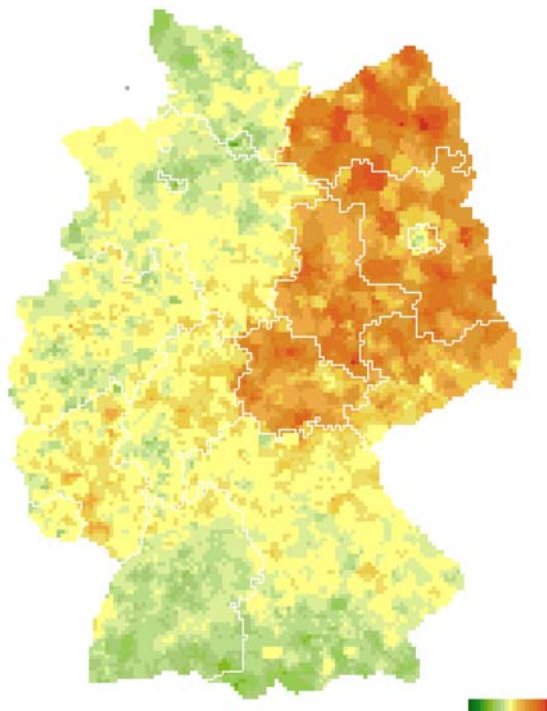
vgl. Report Seite 77ff.

Essentielle Hypertonie

ICD10: I10
2009 bundesweit
25,7% der Bevölkerung
betroffen (21 Mio. Personen)

Erläuterungen: Dargestellt werden relative Abweichungen der Diagnoseraten für Regionen um Rasterpunkte im Abstand von jeweils 5 km, wobei jeweils Angaben zu mindestens n=2.000 Versicherten berücksichtigt wurden (vgl. Methodenerläuterungen im Anhang). Die gewählten Farbwerte verdeutlichen ggf. Abweichungen der beobachteten von strukturbabhängig regional erwarteten Werten im Bereich von +/- 50% (vgl. Skala rechts unten im Bild; rot: relativ hohe Werte; grün: relativ niedrige Werte).

vgl. Report Seite 100,
zu Methoden S. 244

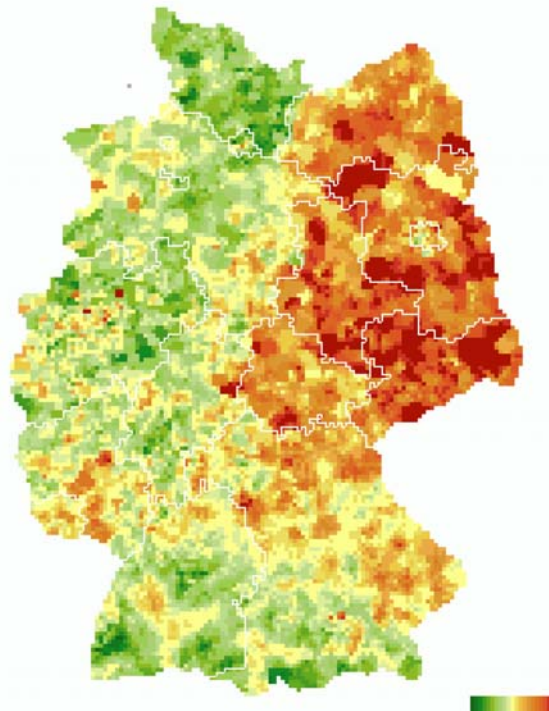


Diabetes mellitus Typ 2

ICD10: E11
2009 bundesweit
6,9% der Bevölkerung
betroffen (5,6 Mio. Personen)

Erläuterungen: Dargestellt werden relative Abweichungen der Diagnoseraten für Regionen um Rasterpunkte im Abstand von jeweils 5 km, wobei jeweils Angaben zu mindestens n=2.000 Versicherten berücksichtigt wurden (vgl. Methodenerläuterungen im Anhang). Die gewählten Farbwerte verdeutlichen ggf. Abweichungen der beobachteten von strukturabhängig regional erwarteten Werten im Bereich von +/- 50% (vgl. Skala rechts unten im Bild; rot: relativ hohe Werte; grün: relativ niedrige Werte).

vgl. Report Seite 166,
zu Methoden S. 244

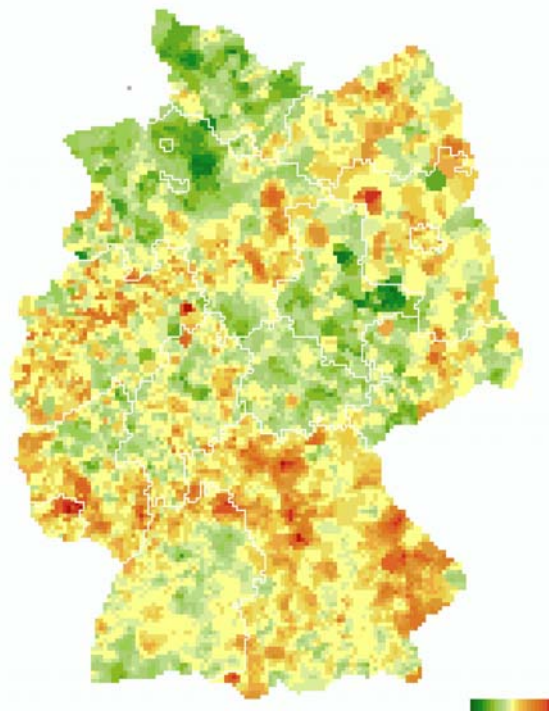


Fettstoffwechsel- störungen

ICD10: E78
2009 bundesweit
18,6% der Bevölkerung
betroffen (15,3 Mio. Personen)

Erläuterungen: Dargestellt werden relative Abweichungen der Diagnoseraten für Regionen um Rasterpunkte im Abstand von jeweils 5 km, wobei jeweils Angaben zu mindestens n=2.000 Versicherten berücksichtigt wurden (vgl. Methodenerläuterungen im Anhang). Die gewählten Farbwerte verdeutlichen ggf. Abweichungen der beobachteten von strukturabhängig regional erwarteten Werten im Bereich von +/- 50% (vgl. Skala rechts unten im Bild; rot: relativ hohe Werte; grün: relativ niedrige Werte).

vgl. Report Seite 109,
zu Methoden S. 244



Schwerpunkt: CT-, MRT-Untersuchungen

Dokumentation in Daten der BARMER GEK:

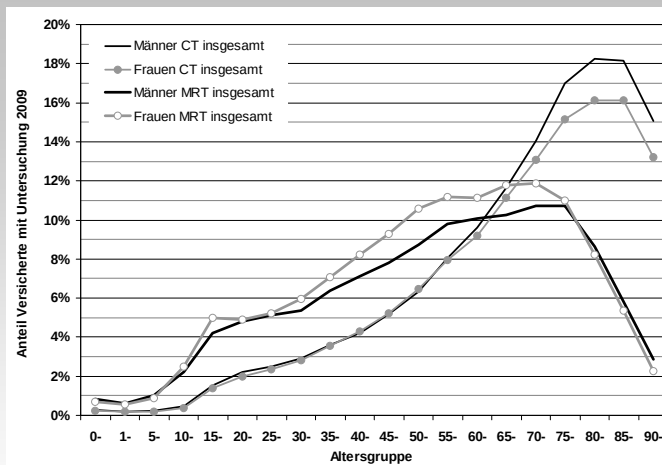
Dokumentation mit Versichertenbezug

- im Krankenhaus über Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)
- im ambulanten Bereich über spezifische EBM-Abrechnungsziffern
- >> differenzierte sektorübergreifende Betrachtung möglich

Gliederung:

- aktuelle Betroffenenzahlen
- Untersuchungszahlen und Kosten
- internationaler Vergleich
- Patientenperspektive
- Trends der letzten Jahre

CT, MRT: Betroffene mit Untersuchung 2009



vgl. Report
Seite 212

CT: 6,0% der Bevölkerung wurden 2009 mindestens einmalig untersucht (4,88 Mio. Personen)

MRT: 7,2% der Bevölkerung wurden 2009 mindestens einmalig untersucht (5,89 Mio. Personen)

CT, MRT: Untersuchungszahlen und -kosten 2009

Computertomographie (CT):

Versorgungssektor	Absolute Zahl der Untersuchungen in Deutschland	Untersuchungen je 1.000 Einwohner	Anteil Unters.	approx. Kosten in Mio. Euro
ambulant	5.579.976	68,2	59,5%	409
stationär	3.790.382	46,3	40,5%	305
insgesamt	9.370.358	114,4	100,0%	714



Magnetresonanztomographie (MRT):

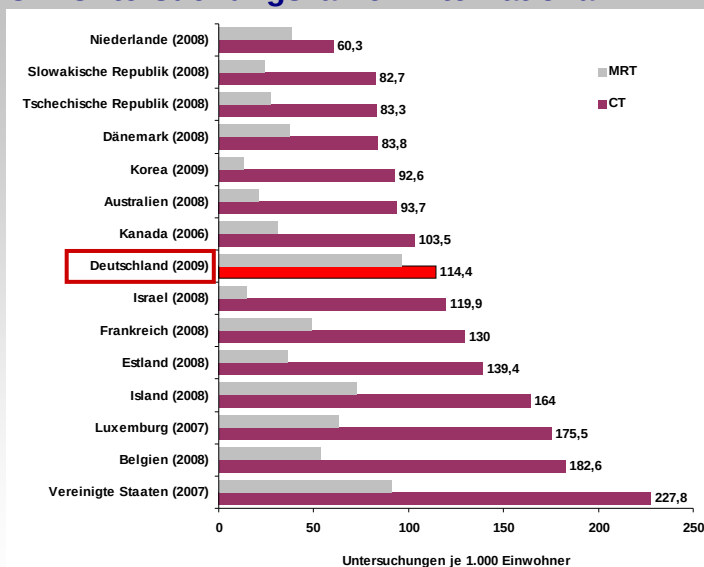
Versorgungssektor	Absolute Zahl der Untersuchungen in Deutschland*	Untersuchungen je 1.000 Einwohner*	Anteil Unters.*	approx. Kosten in Mio. Euro
ambulant	6.387.067	78,0	80,8%	832
stationär	1.515.548	18,5	19,2%	215
insgesamt	7.902.615	96,5	100,0%	1.047

*ohne zus. Seq.



vgl. Report Seite 201, 206

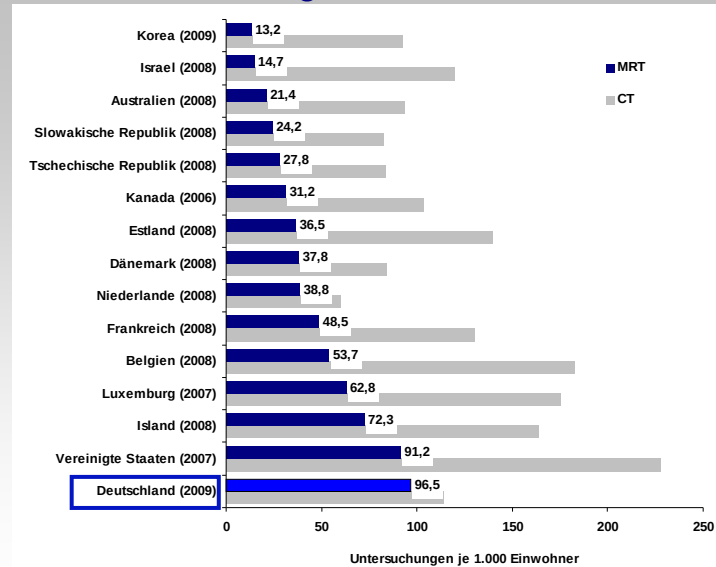
CT: Untersuchungszahlen international



vgl. Report
Seite 240

Quelle: OECD Health Data 2010 - Frequently Requested Data - Version: Juni 2010
(in Klammern: Angabe zum letzten verfügbaren Erhebungsjahr, ohne Angaben zu Griechenland)
Werte zu Deutschland 2009: ISEG, BARMER GEK Arztreport 2011

MRT: Untersuchungszahlen international



vgl. Report
Seite 240

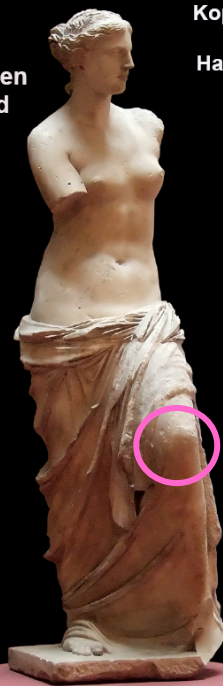
Quelle: OECD Health Data 2010 - Frequently Requested Data - Version: Juni 2010
(in Klammern: Angabe zum letzten verfügbaren Erhebungsjahr, ohne Angaben zu Griechenland)
Werte zu Deutschland 2009: ISEG, BARMER GEK Arztreport 2011

Patientenperspektive

Befragung von
effektiv 947 Personen mit
Kniebeschwerden und
Ultraschall- und/oder
konventioneller Röntgen-
und/oder MRT-Untersuchung
der Extremitäten
(Befragungsrücklauf: 52%)

vgl. Report
Seite 210,
Seiten 220ff.

Anzahl der MRT- Untersuchungen in Deutschland 2009



Datenquelle:
BARMER GEK
Arztreport 2011

Kopf 2,071 Mio.

Hals 0,157 Mio.

Brustkorb
0,146 Mio.

Wirbelsäule
2,397 Mio.

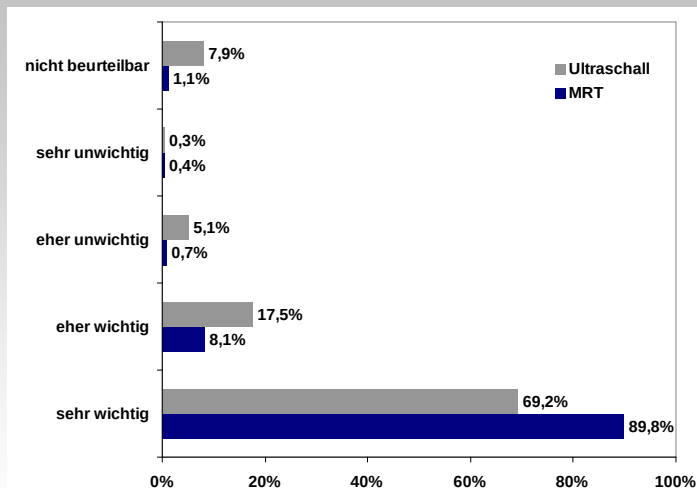
Bauchraum
0,359 Mio.

Becken
0,250 Mio.

Extremitäten
2,386 Mio.

Sonstige
0,136 Mio.

Wie wichtig war die Untersuchung zur Abklärung Ihrer Kniebeschwerden?

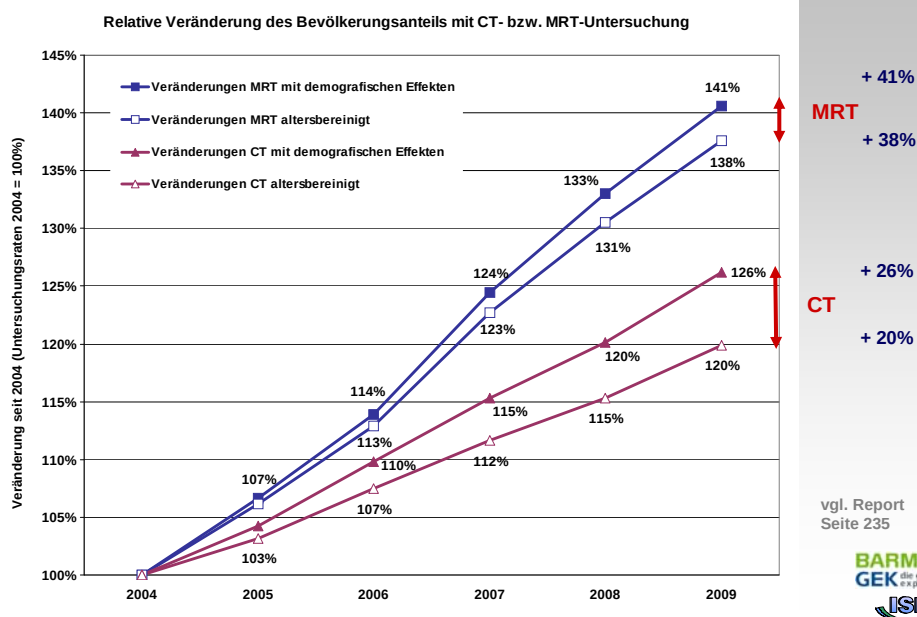


vgl. Report
Seite 227

MRT: 90% halten die Untersuchung für "sehr wichtig",
nur 1% geben an, dies nicht beurteilen zu können.

CT, MRT: Trends seit 2004

Demografie-Effekt



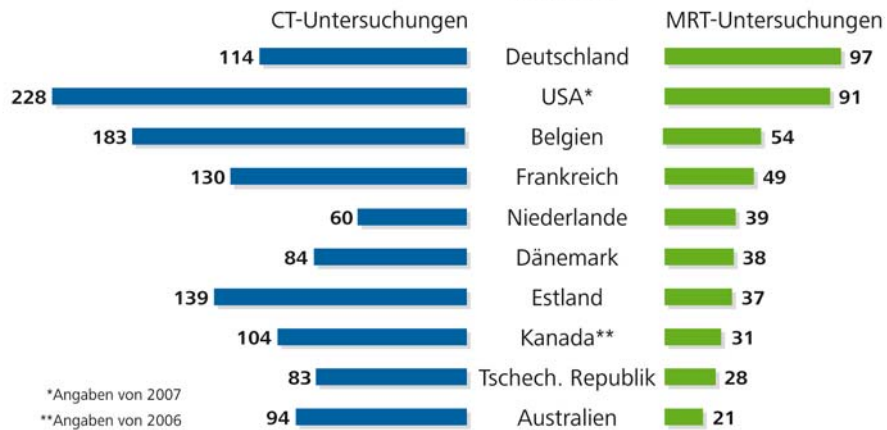
Zusammenfassung - Resümee

- CT- und MRT-Untersuchungen werden in Deutschland häufig durchgeführt. Bei MRT-Untersuchungen nimmt Deutschland international eine Spitzenposition ein.
- 2009 resultierten Kosten in Höhe von ca. 1,7 Mrd. Euro, darunter 1,2 Mrd. Euro im ambulanten Bereich. Diese machten ca. 3,2% der Arzthonorare aus (Honorare ohne extrabudgetäre Leistungen).
- Zwischen 2004 und 2009 hat sich der jährlich untersuchte Bevölkerungsanteil deutlich vergrößert (CT: +26%; MRT: +41%). Nur ein geringer Teil der Steigerung lässt sich auf demografische Effekte zurückführen. Mit einer weiteren Zunahme ist zweifellos zu rechnen.
- Nutzenbewertung schwierig: Auch beschwerdefreie Personen können pathologische Befunde aufweisen. Positive Effekte einer Diagnostik für den Patienten setzen voraus, dass ihr angemessene therapeutische Konsequenzen folgen.
- Von 2003 auf 2009 konnten wir beispielsweise eine erhebliche Zunahme der Zahl an Erstimplantationen von Kniegelenksendoprothesen in Deutschland feststellen. Eine Vermeidung entsprechender Eingriffe dürfte sich in den seltensten Fällen durch mehr Diagnostik realisieren lassen. Sie ist nur durch Prävention zu erreichen.

Herzlichen Dank!

Deutschland bei MRT Spitze

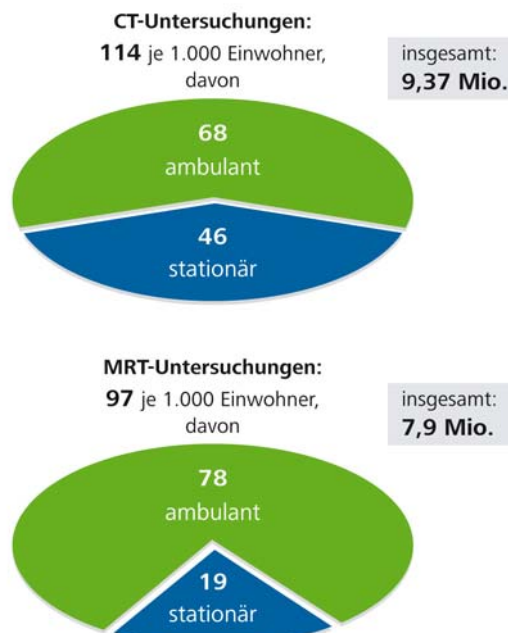
Computer- und Magnetresonanztomographieuntersuchungen je 1.000 Einwohner
2008/2009



Quellen: OECD Health Data 2010, BARMER GEK Arztreport 2011

CT und MRT in Deutschland

Untersuchungsanzahl 2009



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

CT und MRT in Deutschland

Kosten in Mio. Euro

2009

CT

insgesamt: 714, davon



MRT

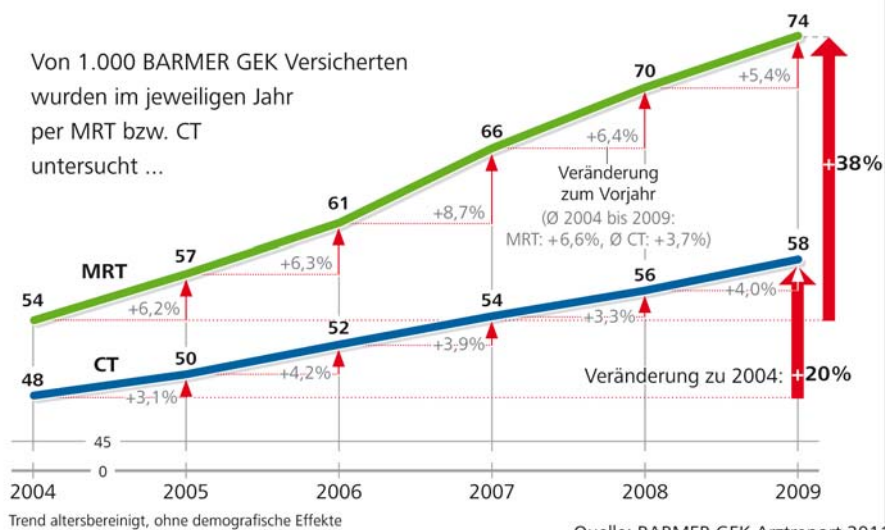
insgesamt: 1.047, davon



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

Bildgebende Verfahren boomen

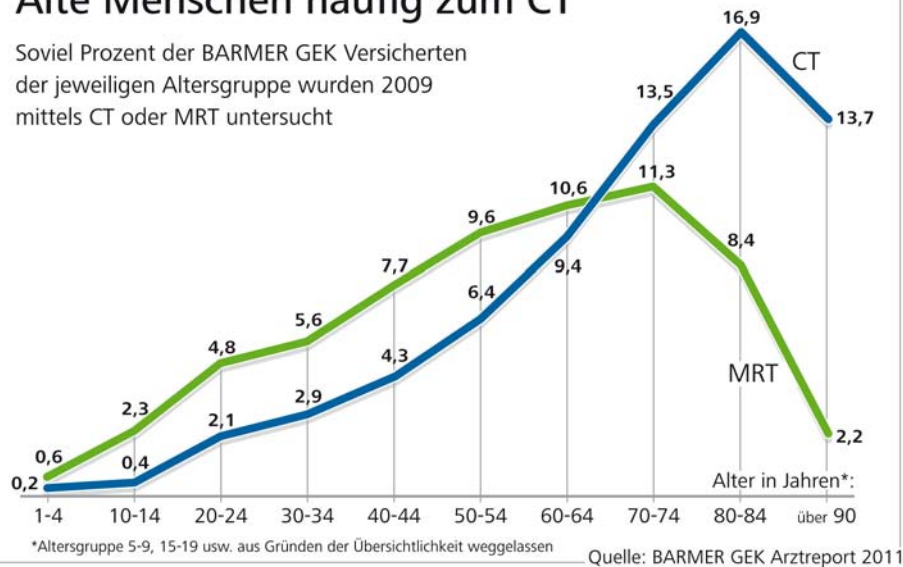
Von 1.000 BARMER GEK Versicherten
wurden im jeweiligen Jahr
per MRT bzw. CT
untersucht ...



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

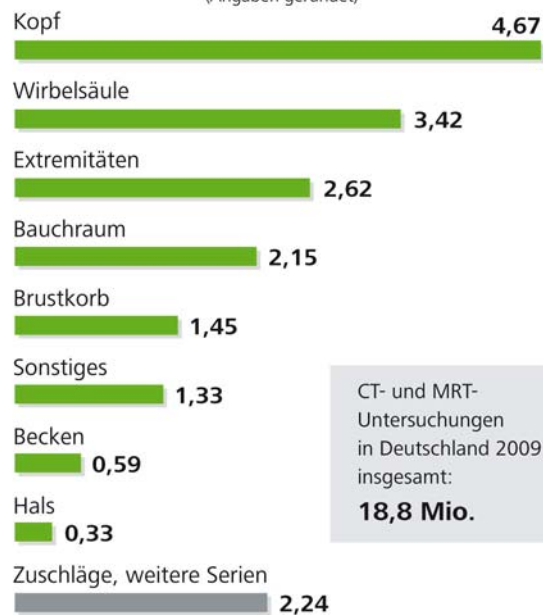
Alte Menschen häufig zum CT

So viel Prozent der BARMER GEK Versicherten der jeweiligen Altersgruppe wurden 2009 mittels CT oder MRT untersucht



Kopf und Rücken vorne

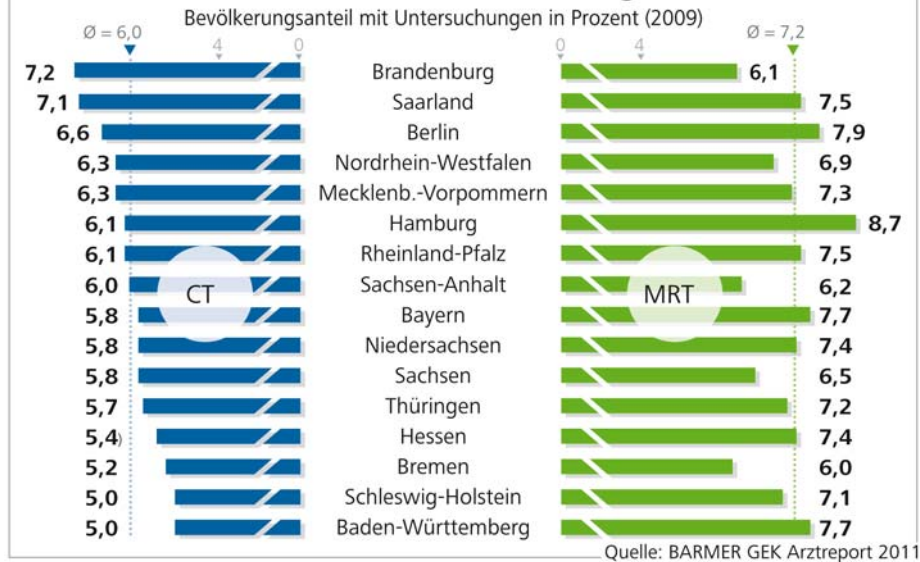
CT- und MRT-Untersuchungen in Deutschland 2009,
Anzahl in Mio.
(Angaben gerundet)



CT- und MRT-
Untersuchungen
in Deutschland 2009
insgesamt:
18,8 Mio.

Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

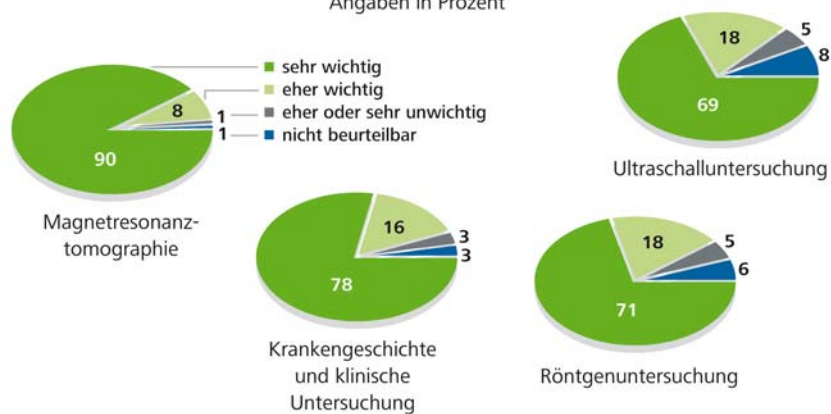
CT und MRT im Ländervergleich



MRT kommt bei den Patienten gut an

So viel Prozent der Patienten finden die jeweilige Untersuchung zur Abklärung ihrer Kniebeschwerden...

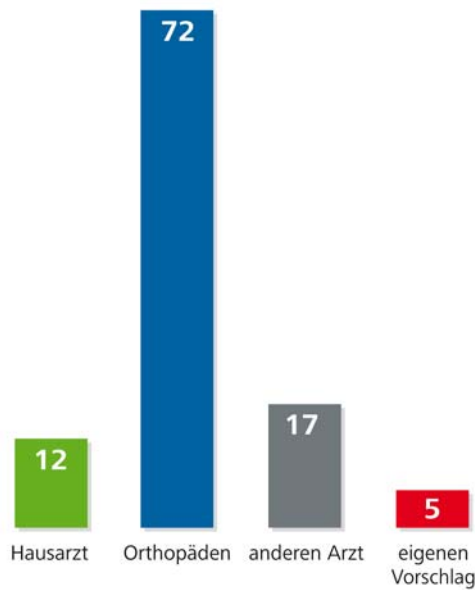
Angaben in Prozent



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

Häufig vom Facharzt empfohlen

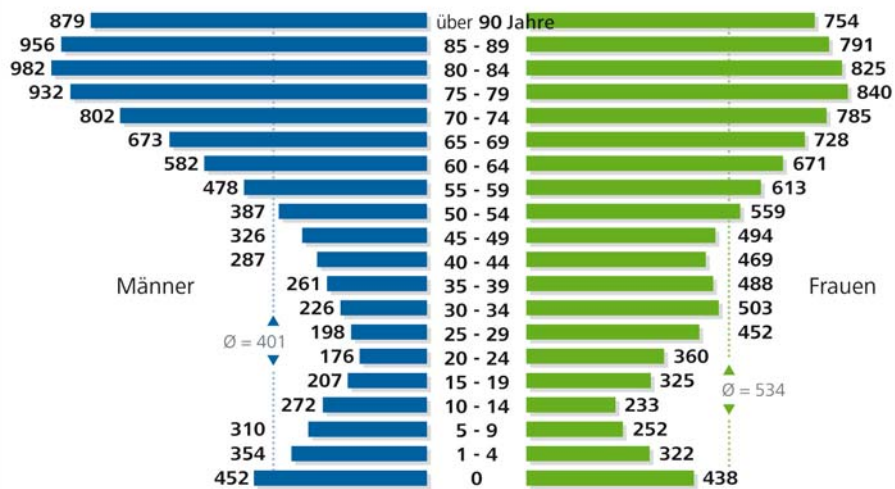
Vorschlag zu einer MRT-Untersuchung
bei Kniebeschwerden durch ...
Angaben in Prozent (Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

Hohes Alter – höhere Kosten

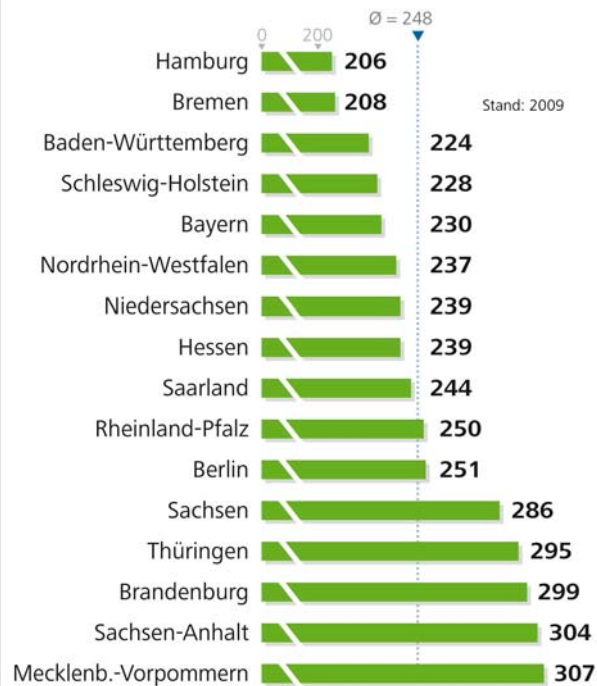
Durchschnittliche ambulante Arztkosten pro Jahr in Euro (2009)



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

Mehr Bluthochdruck im Osten

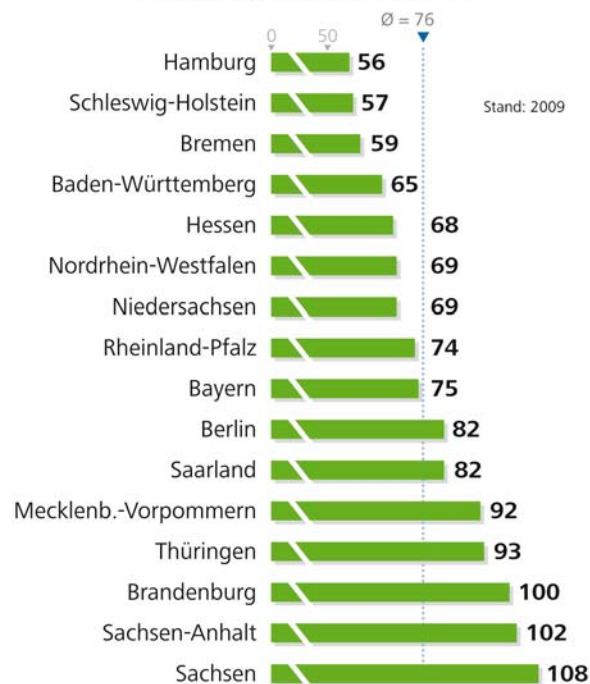
„Essentielle Hypertonie“ wurde diagnostiziert
bei sovielen von 1.000 Einwohnern:



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

Diabetes im Osten häufiger

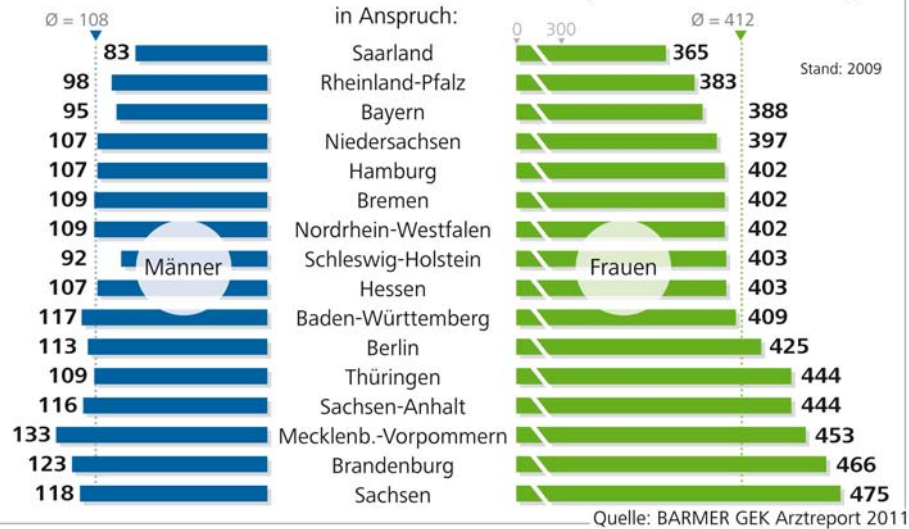
„Diabetes mellitus Typ II“ wurde diagnostiziert
bei sovielen von 1.000 Einwohnern:



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

Vorsorgefreudiger Osten

Von 1.000 Männern bzw. Frauen nahmen Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung



Fast alle einmal, viele öfter

Arztkontakte 2009
(vorrangig behandelnde Ärzte)

Anteil der Menschen*...



*GEK-Versicherte **zu unterschiedlichen Ärzten

Quelle: BARMER GEK Arztreport 2011

Kerndaten

Name:	BARMER GEK
Gründungsdatum:	01.01.2010
Rechtsform:	Körperschaft des öffentlichen Rechts
Dienstleistungen:	Kranken- und Pflegeversicherung Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung
Beitragssatz:	15,5 Prozent
Kunden:	8,6 Mio. Versicherte
Standorte:	rd. 1 000 Geschäftsstellen bundesweit
Vorstand:	Birgit Fischer (Vorstandsvorsitzende) Dr. Rolf-Ulrich Schlenker (Stellvertretender Vorstandsvorsitzender) Jürgen Rothmaier (Mitglied des Vorstandes) Alexander Stütz (Bereichsvorstand)
Verwaltungsrat:	Holger Langkutsch (Vorsitzender) Ute Engelmann (Stellvertretende Vorsitzende) Ludwig Huber (Präsidiumsmitglied)
Mitarbeiter:	19 500, davon 743 Auszubildende
Haushalt:	ca. 22 Milliarden Euro
Anschrift:	BARMER GEK Postfach 11 07 04 10837 Berlin Telefon: 018 500 99 0 Telefax: 018 500 99 3309 E-Mail: info@barmer-gek.de Internet: www.barmer-gek.de

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 018500 99 14 01
Fax: 018500 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0202 56 81 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 030 25 331 44-3020
kai.behrens@barmer-gek.de