

BARMER GEK Arztreport

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 19. Januar 2010

Teilnehmer:

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

Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz,
Vorstandsvorsitzender des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitssystemforschung (ISEG), Hannover

Dr. Thomas Grobe,
Projektleiter BARMER GEK Arztreport und
Wissenschaftlicher Mitarbeiter des ISEG, Hannover

Dr. Kai Behrens
Stellv. Leiter Unternehmenskommunikation (Moderation)

Berlin, 19. Januar 2010

Viele Patientenkontakte, wenig Zeit

Die Zahl der ärztlichen Behandlungen steigt weiter. Das zeigen repräsentative Auswertungen im aktuellen BARMER GEK Arztreport zur ambulanten Versorgung in Deutschland. Niedergelassene Ärzte rechneten im Jahr 2008 je Versichertem durchschnittlich 7,5 Behandlungsfälle („Krankenscheine“) ab. 2007 waren es noch 7,1, im Jahr 2004 sogar nur 6,5. Rund die Hälfte der fünfprozentigen Steigerung dürfte auf Direktabrechnungen von Laborgemeinschaften zurückgehen. Auch die Behandlungsrate stieg noch einmal von 92,6 auf 92,9 Prozent.

Damit hat die Zahl der Arztbesuche ebenfalls zugenommen. Zwar ist mit Einführung von Abrechnungspauschalen eine direkte Auszählung von ambulanten Arztkontakten nicht mehr möglich - rechnerisch ergeben sich 2008 nur noch 13,5 erfasste Arztkontakte. Doch lässt der Anstieg von Behandlungsrate und Fallzahlen auf einen Anstieg der Arztkontakte schließen. In den Jahren 2006 und 2007 wurden je Behandlungsfall konstant 2,5 Arztkontakte ermittelt. Legt man diesen Faktor und die gestiegenen Fallzahlen zugrunde, so ist von einem leichten Anstieg von 17,7 auf 18,1 Arztkontakte pro Versichertem und Jahr auszugehen.

Die Behandlungsfrequenz deutscher Ärzte ist im internationalen Vergleich etwa doppelt so hoch. Überschlägt man die Zahlen von 2007, ergeben sich durchschnittlich 10.735 Patientenkontakte pro Jahr und 224 Kontakten pro Woche. Das bedeutet durchschnittlich rund 45 Patienten pro Werktag und acht Minuten pro Patientenkontakt. Für Autor Dr. Thomas Grobe vom Hannoveraner Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) stellt sich die Ressourcenfrage: „Für den einzelnen Patientenkontakt bleibt offenbar immer weniger Zeit. Mancher Arztkontakt dürfte sich wiederum durch längere Behandlungszeiten erübrigen.“

Aber steht das hohe Niveau der Patientenkontakte für Über- oder Fehlversorgung? Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, lobt das breite Angebot und die hohe Akzeptanz der

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 20 61 87 99 18
kai.behrens@barmer-gek.de

ambulanten Versorgung in Deutschland, fordert jedoch mehr kooperative Steuerung: „Die Wirkung der Praxisgebühr ist fraglich und die grundsätzlich sinnvolle hausarztzentrierte Versorgung steckt in der Sackgasse. Mit dreiseitigen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen, Hausarztverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen könnten wir den gordischen Knoten lösen.“ Auch bei der Bedarfsplanung sollte laut Schlenker über Verträge zwischen Dreien verhandelt werden: „Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser müssen gemeinsam mit den Kassen eine ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung auch außerhalb der großen Städte sicherstellen.“

Der BARMER GEK Report schließt an die GEK Reports zur ambulant ärztlichen Versorgung an, die seit 2006 jährlich vom ISEG veröffentlicht werden und mittlerweile einen stabilen Fünfjahrestrend abbilden. Datenbasis sind die ambulanten Abrechnungsdaten von rund 1,7 Millionen Versicherten der ehemaligen GEK. Dies entspricht einem Anteil von rund 2 Prozent an der bundesdeutschen Bevölkerung und ermöglicht repräsentative Hochrechnungen sowie Rückschlüsse auf die Situation der ambulanten Gesamtversorgung.

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 20 61 87 99 18
kai.behrens@barmer-gek.de

Statement

Für eine kooperative Steuerung der ambulanten Versorgung

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 19.01.2010 in Berlin

Erneuter Anstieg der Arztkontakte

Seit fünf Jahren lassen wir die ambulanten Versichertendaten der GEK von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut auswerten. Die Datenbasis ist mit 1,7 Millionen Versicherten so breit, dass verlässliche Hochrechnungen zur Situation der ambulanten Gesamtversorgung in Deutschland möglich sind. Mittlerweile verfügen wir über einen stabilen Fünfjahrestrend: Behandlungsrate, Behandlungsfälle und Arztkontakte steigen kontinuierlich an. Die Arztkontakte sind in diesem Zeitraum von 16,4 (2004) auf schätzungsweise 18,1 (2008) gestiegen.

Besonders die Zahl der Arztkontakte spielt eine wichtige Rolle. Denn die Ziffer drückt ein reales und zentrales Ereignis der medizinischen Versorgung konkret aus. Die Zahl "18 Arztkontakte pro Versichertem und Jahr" ist so anschaulich, weil jeder Versicherte seine individuelle Arztbesuchsstatistik im Kopf hat, ihm damit also auch die unterschiedliche Inanspruchnahme der solidarischen Krankenversicherung bewusst wird. Spätestens seit dem Arztreport 2008 ist die Zahl 18 auch zur prominenten Argumentationsfigur in gesundheitspolitischen Debatten und Talkrunden geworden.

Aber was sagt uns die Zahl 18 wirklich? Die Lesarten gehen weit auseinander: Die einen sehen in ihr einen krassen Beleg für eine angebotsinduzierte Nachfrage, Schnittstellenprobleme und Koordinationsmängel in der ambulanten Versorgung; den anderen steht sie stellvertretend für Ärztemangel und erforderliche Honorarverbesserungen. Bedeutet die Zahl 18 nun Überversorgung oder Fehlversorgung?

18 Arztkontakte pro Versichertem und Jahr, insgesamt also rund 1,5 Milliarden Arztkontakte zwischen rund 140.000 niedergelassenen Ärzten und 70 Millionen krankenversicherten Bürgern sind aus unserer Sicht ein Indiz für ein starkes Gesundheitssystem, das dem zunehmenden medizinischen Bedarf auf qualitativ verlässliche Weise, also immer noch ohne große Wartezeiten beziehungsweise Unterschiede, gerecht wird.

Natürlich wirft die Zahl 18 auch kritische Fragen auf: Lässt sich der große Abstand zu Behandlungs- und Kontaktzahlen in anderen Industrienationen rechtfertigen, wenn dort die Behandlungsqualität und die Ergebnisse ähnlich gut sind? Durch welche Steuerungselemente lassen sich Doppeluntersuchungen etc. wirklich verlässlich zurückführen?

Steuerung der ambulanten Versorgung

Ein Teil der Arztkontakte lässt sicherlich auf **Drehtüreffekte und Doppeluntersuchungen** im ambulanten Sektor schließen. Durchschnittlich 224 Patientenkontakte pro Woche, 45 Patienten pro Werktag und Kontaktzeiten von rund 8 Minuten zeigen im internationalen Vergleich eine doppelt so hohe Besuchsfrequenz. Ließen sich Ärzte für einen Einzelkontakt mehr Zeit, könnten evtl. etliche Anschluss- oder Folgebesuche beim selben oder einem anderen Arzt überflüssig werden. Wie aber lässt sich das steuern?

Die **Praxisgebühr** teilt inzwischen das Schicksal anderer Zuzahlungen. Mit knapp zwei Milliarden Euro pro Jahr hat sie ein Volumen erreicht, das schwer ersetzbar ist. Wer auf die Praxisgebühr verzichten will, muss sagen können, woher die Einnahmen im System sonst kommen sollen. Ob sie Steuerungswirkung hat, ist längst nachrangig, außerdem schwer zu beantworten. Arztkontakte steigen weiter, freilich wissen wir nicht, wie die Arztkontaktrate ohne Praxisgebühr gestiegen wäre. Ob die Praxisgebühr diejenigen Versicherten vom Arztbesuch abhält, die unbedingt einen bräuchten, müsste man über einen längeren Zeitraum genau beobachten.

Der **Hausarzt** als Steuermann im komplexen Gesundheitswesen ist weiterhin ein richtiger Ansatz, auch die BARMER GEK hält an der Idee der hausarztzentrierten Versorgung fest. Gleichwohl müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Wir brauchen Vertragsfreiheit und verbindliche Qualitätsziele in den Verträgen, damit Hausärzte dieser Steuerungsfunktion gerecht werden können. Derzeit verschaffen die gesetzlichen Vorgaben und ausgehandelten Verträge den Hausärzten vor allem eines: mehr Geld. Für unsere Versicherten ist das zu wenig, der Nutzen für die ambulante Versorgung bleibt fraglich.

Zur Relevanz der ambulanten Diagnosen im Morbi-RSA

Welchen Stellenwert ambulante Diagnosen speziell für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich haben, zeigt der zweite Teil des Reports. Auch wie wichtig eine zielgenaue und zügige Versorgungssteuerung ist.

Denn der Morbi-RSA ist nicht nur ein Ausgleichssystem. Er setzt gezielte Wettbewerbsanreize im versorgungspolitischen Sinne, nämlich für ein qualitatives Versorgungsmanagement. Unser Ziel muss es sein, die tatsächlichen Ausgaben unter oder auf die Erstattungsbeträge des Morbi-RSA zu bringen (Stichwort "Überdeckung"). Je gezielter wir Diabetiker, Depressive und Herzschwache betreuen, desto besser ist das für

die Lebensqualität der Betroffenen, desto robuster entwickelt sich unsere finanzielle Situation, desto attraktiver werden wir im Wettbewerb. Zudem kommen wir so unserem ureigensten Auftrag als solidarische Krankenversicherung nach.

Also müssen wir prüfen, ob die Zielgenauigkeit erhöht bzw. Reste von Risikoselektion neutralisiert werden können. Die Wiedereinführung eines Hochrisikopools wäre eine denkbare Variante, um die außerordentlich teuren Krankheitsbilder präziser im Finanzierungssystem abbilden zu können.

Verträge zwischen drei Seiten

Die aktuellen Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung sind aus Sicht der BARMER GEK durchaus interessant: Intelligente Versorgungssteuerung statt unflexibler Bedarfsplanung, Kooperation statt Separation...Wir sollten die Kassenärztliche Bundesvereinigung beim Wort nehmen und Vereinbarungen unter Beteiligung der wesentlichen Akteure anstreben. Das bedeutet auch, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser gemeinsam mit den Krankenkassen dreiseitige Verträge über eine sektorübergreifende Versorgungsplanung aushandeln, die medizinische Versorgungszentren und mobile Lösungen auf dem Lande einschließen. Apropos Kooperation: Auch in der hausarztzentrierten Versorgung wären dreiseitige Vereinbarungen zwischen Kassen, Hausarztverbänden und Kassenärztlicher Vereinigung das richtige Mittel.

Medizinische Versorgungszentren sind eine moderne Antwort auf die notwendige Arbeitsteilung zwischen den medizinischen Fachgebieten. Und sie entsprechen den veränderten Berufswünschen junger Ärztinnen und Ärzte. Wer das MVZ gründet oder führt, ist aus Patientensicht zweitrangig. Hauptsache, die Versorgung ist sichergestellt und qualitativ auf dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnis.

Die KBV will auch wieder weg vom Honorarsystem der Pauschalen. Tatsächlich haben Pauschalen eine kostendeckelnde Funktion, sie führen aber auch zur Intransparenz. Nun wird unter der Überschrift „Vereinfachung“ eine Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung gefordert. Für Vorschläge, die Vereinfachung und Transparenz versprechen, sind wir immer aufgeschlossen. Allerdings brauchen wir eine Mengensteuerung. Allein die Vorgabe von Zeitangaben und Zeitkontingenten zu Einzelleistungen wird kaum die notwendige Kostenverantwortung bei Ärzten erzeugen.

Statement

BARMER GEK Arztreport

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 19.01.2010 in Berlin

Mit dem ersten BARMER GEK Arztreport wird die Tradition des bereits seit 2006 erscheinenden GEK-Reportes ambulant-ärztliche Versorgung fortgeführt. Die Basis der Auswertungen bilden zunächst weiterhin Angaben zu 1,7 Mio. GEK-Versicherten, die etwa 2 Prozent der deutschen Bevölkerung repräsentieren. Berücksichtigt werden konnten Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung über einen Zeitraum von fünf Jahren von 2004 bis 2008. Insgesamt umfassen diese Daten Angaben zu 50,3 Millionen Behandlungsfällen mit Nennung von 172 Millionen Diagnoseangaben – eine Datenmenge, deren Erhebung im Rahmen einer epidemiologischen Primärstudie schlicht unbezahlbar gewesen wäre.

Seit dem Jahr 2009 kommt den Daten aus der ambulant-ärztlichen Versorgung eine neue wesentliche Bedeutung zu: Die ambulant dokumentierten Diagnosen beeinflussen mit Einführung des "direkt morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleiches" (kurz: Morbi-RSA) entscheidend die finanziellen Ressourcen, die den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen werden. Von der Verteilung der zwischenzeitlich vorliegenden und hier näher betrachteten Diagnoseangaben aus dem Jahr 2008 werden die letztendlichen Ausgleichszahlungen zum Jahr 2009, deren Ermittlung durch das BVA erst in der zweiten Jahreshälfte 2010 abgeschlossen sein wird, entscheidend beeinflusst. Vor diesem Hintergrund befasst sich der BARMER GEK Arztreport unter dem Titel "Erkrankungen und zukünftige Ausgaben" in seinem Schwerpunktkapitel erneut mit diesem Thema, auf das nachfolgend noch eingegangen wird.

Bereits für das Jahr 2004 hatten wir eine ausgesprochen hohe und nachfolgend steigende Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung feststellen können. Auch 2008 ist die Behandlungsrate sowie die Zahl der Behandlungsfälle gestiegen. Nach Hochrechnungen von geschlechts- und altersspezifischen GEK Ergebnissen auf die deutsche Bevölkerung dürften 2008

- 77 Millionen Personen mindestens ein Mal zum Arzt gegangen sein (92,9%),
- wurden schätzungsweise 614 Millionen Behandlungsfälle abgerechnet, die jeweils alle Leistungen eines Arztes bei einem Patienten innerhalb eines Quartals zusammenfassen (Vorjahr: 586 Mio.).

Für 2007 waren knapp 18 Arztkontakte pro Person und Jahr ermittelt worden. Basis für entsprechende Auswertungen bildeten von 2004 bis 2007 Angaben zu Kalendertagen, an denen von Ärzten (eine oder mehrere) Einzelleistungen für individuelle Patienten erbracht

wurden. Aufgrund von Änderungen der Abrechnung ärztlicher Leistungen lässt sich die Zahl der Arztkontakte 2008 nicht mehr direkt bestimmen:

Seit Beginn des Jahres 2008 wurden als Abrechnungsziffern sogenannte Versicherten- und Grundpauschalen der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung neu eingeführt (vgl. Arztreport ab Seite 40). Mit diesen Pauschalen sind in der Regel ggf. auch mehrfache Arztkontakte innerhalb eines Quartals abgegolten, die Pauschalen können entsprechend nur einmalig (beim Erstkontakt) dokumentiert und abgerechnet werden. Erneute Kontakte im Quartal werden in aktuellen Abrechnungsdaten daher im Regelfall nicht mehr erfasst, ihre Dokumentation fehlt oder ist unvollständig.

Damit führt auch das bislang gewählte Vorgehen zur Ermittlung von Arztkontaktzahlen nur noch zu unvollständigen Ergebnissen: Rechnerisch ergaben sich für 2008 nach dem bisherigen Vorgehen nur noch 13,5 erfasste Arztkontakte je Person. Die Kontakthäufigkeiten zeigen im Jahresverlauf 2008 quartalszyklische Schwankungen, die recht deutlich auf die lückenhafte Dokumentation von Kontakten im weiteren Quartalsverlauf hindeuten (vgl. Arztreport Abbildung 2: Seite 52).

Ergänzende Auswertungen zur versichertenbezogenen Zahl von Kalendertagen mit Arzneiverordnungen im Jahresverlauf (auf der Basis von unabhängig erhobenen Rezeptdaten) ergeben für 2007 und 2008 eine nahezu identische Zahl von Tagen mit Rezeptausstellung ohne quartalsabhängige Schwankungen (vgl. Abbildung 3: Seite 54), weshalb die zyklischen Schwankungen in den ärztlichen Abrechnungsdaten 2008 kaum die reale Verteilung der Arztkontakte widerspiegeln dürften.

Sowohl die weiter angestiegenen Behandlungsraten als auch die Steigerung der Behandlungsfallzahlen lassen am ehesten einen weiteren Anstieg der Arztkontakte von 2007 auf 2008 vermuten. Nachdem sowohl 2006 als auch 2007 je Behandlungsfall annähernd konstant 2,5 Arztkontakte ermittelt wurden, kann überschlägig aus den um 5% im Vergleich zum Vorjahr gestiegenen Fallzahlen 2008 auf die Zahl der Arztkontakte geschlossen werden, wobei allerdings Effekte der zum vierten Quartal eingeführten Direktabrechnung von Laborgemeinschaften auf die Fallzahlen berücksichtigt werden müssen. Nach entsprechenden Kalkulationen ist am ehesten ein leichter Anstieg der Arztkontakte um 2 bis 3% von 17,7 im Jahr 2007 auf etwa 18,1 Kontakte im Jahr 2008 anzunehmen.

Negative Folgen der weiterhin hohen Kontaktzahlen in Deutschland bestehen – unabhängig von einer Diskussion über Sinn und Zweck der Kontakte – darin, dass für einzelne Kontakte nur geringe Zeitkontingente verbleiben und Ärzte in Deutschland sehr hohe Kontaktzahlen bewältigen müssen, was auch auf der Basis von international durchgeführten Befragungen von Ärzten zu vermuten ist.

Im Sinne der Patientenversorgung könnten pauschalierte Vergütungen durch eine Reduktion von Kontaktzahlen und damit mehr Zeit für einzelne Gespräche zu einer sinnvolleren Nutzung von Ressourcen führen.

Im Sinne der Versorgungsforschung führen pauschalierte Vergütungen ohne gezielte Dokumentation grundlegender Leistungsparameter allerdings zu weniger Transparenz, womit mögliche positive Effekte dann nicht mehr belegt werden können. Wünschenswert erscheint daher eine Dokumentation zumindest von grundlegenden ärztlichen Leistungen, selbst wenn diese im Rahmen der pauschalierten Vergütung zunächst keine direkten Auswirkungen auf die individuellen ärztlichen Honorare haben. Während einer entsprechenden Dokumentation im Rahmen der KV-Abrechnung noch vor 20 Jahren der seinerzeit damit verbundene Aufwand entgegengestanden hätte, dürfte sich heute der hierfür notwendige Aufwand überwiegend auf eine entsprechende Anpassung der Praxissoftware beschränken.

Auch die Dokumentationsdichte im Hinblick auf Diagnosen im Rahmen der ambulanten Versorgung ist weiter gestiegen:

- Pro Kopf der Bevölkerung wurden in Deutschland 2008 durchschnittlich 27,3 gültige Diagnoseschlüssel (nach ICD10) dokumentiert (Vorjahr: 25,8). Dies entspricht bevölkerungsbezogen 2,2 Milliarden dokumentierter Diagnoseangaben im Jahr 2008 (inklusive redundanter Angaben).
- Im Mittel erhielt ein Bundesbürger innerhalb des Jahres 11,7 *unterschiedliche* Diagnoseangaben (ICD10, auf 3-stelliger Ebene; Vorjahr 11,4).
- Von diesen 11,7 Diagnoseangaben bezeichnen durchschnittlich 9,6 unterschiedliche Erkrankungen im eigentlichen Sinn (Vorjahr 9,3 Erkrankungen. 2,1 Angaben der 11,7 ICD-Angaben resultieren aus gleichfalls in der ICD10 möglichen Klassifikationen bestimmter Behandlungsanlässe und Symptome).

Entsprechend hat auch die Zuordnung von Versicherten zu hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMG) im Sinne zuschlagsrelevanter Erkrankungseinstufungen im Morbi-RSA zugenommen. Der Anteil von Versicherten mit zuschlagsfähigen Erkrankungen stieg von 34,4% im Jahr 2006 auf 35,4% im Jahr 2007 und 36,5% im Jahr 2008. Die Zahl der durchschnittlich pro Person erfassten HMG stieg im gleichen Zeitraum von 0,80 auf 0,84 und schließlich auf 0,87 HMG je Person um insgesamt 8,2%, wobei die Zuordnung "teurer" HMG leicht überproportional zugenommen haben dürfte.

Die Zunahme von 2007 auf 2008 bewegt sich in einer vergleichbaren Größenordnung wie die von 2006 auf 2007 und stellt damit eher die Fortsetzung eines allgemeinen Trends dar, von einer grundlegenden Änderungen der Morbiditätserfassung im Zusammenhang mit einer verstärkten Diskussion des Morbi-RSA kann auf Basis der vorliegenden Ergebnisse im Jahr 2008 (noch) nicht gesprochen werden.

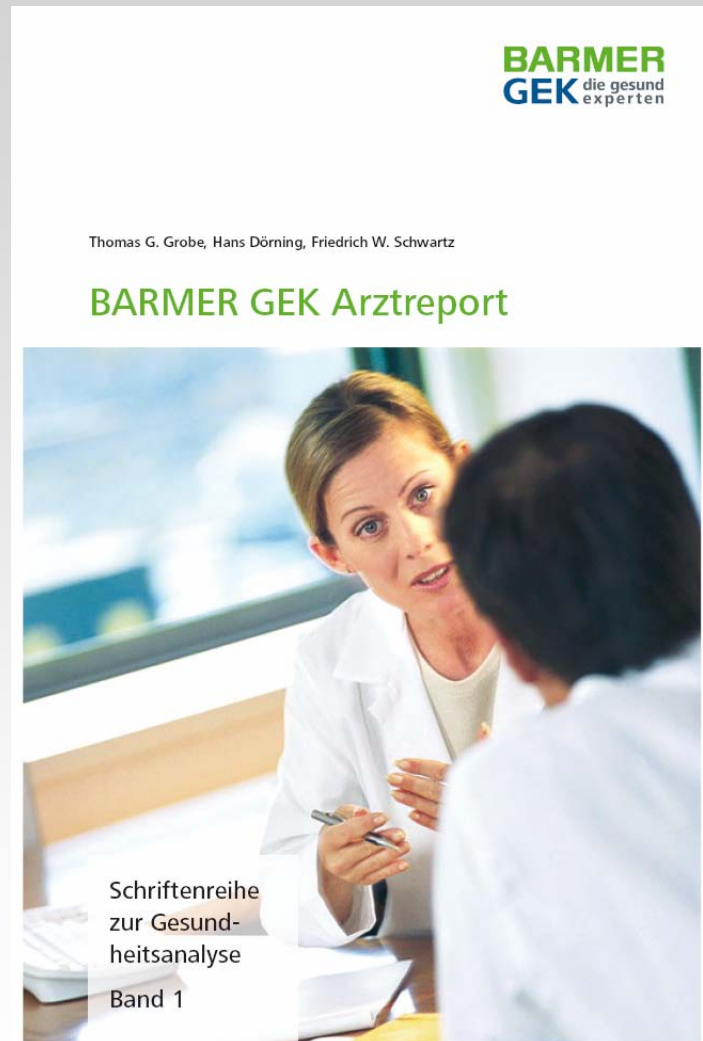
Die sehr häufigen und hier exemplarisch näher betrachteten HMG zu den Themen Diabetes (HMG 15 bis 20), Depressionen (HMG 58) sowie Herzinsuffizienz (HMG 80) zeigen unterschiedliche Entwicklungen. Einer Diabetes-HMG können 2008 insgesamt ca. 5 Mio. GKV-Versicherte (7,1% aller Versicherten) zugeordnet werden, was einem relativen Anstieg der Zuordnungshäufigkeit um 5% entspricht. Ein Zuschlag wegen Depressionen im Sinne der HMG 58 dürfte für ca. 4,6 Mio. Versicherte gezahlt werden (6,6% aller Versicherten), womit sich eine relative Zunahme um 9,1% im Vergleich zu 2006 ergibt. Um 2,3% gesunken ist demgegenüber die Zuordnung zur HMG 80 "Herzinsuffizienz", von der 2008 noch ca. 2,0 Mio. Versicherte (2,8% der GKV-Versicherten) betroffen waren.

In allen näher betrachteten HMG-Gruppen zeigen sich erheblich divergierende Ausgaben, die durch den Morbi-RSA nur partiell ausgeglichen werden. Bei etwa sieben Zehntel der Betroffenen liegen die Zuschläge (zumeist leicht) über dem Bedarf, bei einem Zehntel wird der Bedarf etwa gedeckt, bei zwei Zehnteln kommt es zu einer teilweise erheblichen Unterdeckung, die ohne Morbiditätskomponente im Ausgleich allerdings zweifellos noch erheblich deutlicher ausfallen würde.

An welchen Stellen ein finanzieller Ausgleich zwischen Krankenkassen eher ausgebaut oder zurückgenommen werden sollte, wird ein immer neu zu diskutierendes Thema bleiben.

BARMER GEK Arztreport

Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben



Zusammenstellung von Ergebnissen
zur Pressekonferenz Berlin, 19. Januar 2010

Gliederung

Allgemeiner Teil: **Ambulant-ärztlichen Versorgung 2004 bis 2008**

- > *Veränderung der Abrechnung und Datengrundlage*
- > *Entwicklung der Inanspruchnahme*

Schwerpunktthema: **"Erkrankungen und zukünftige Ausgaben"**

- > *Morbi-RSA – Veränderungen der Diagnoseerfassung?*
- > *Exemplarische Beispiele*
 - *Diabetes*
 - *Depressionen*
 - *Herzinsuffizienz*

Ambulante ärztliche Versorgung - Überblick

Basis: bundesweite Daten zu 1,7 Mio. Versicherten der GEK

Zeitraum: 2004 bis 2008

Umfang der GEK Daten zur ambulanten Versorgung 2004 bis 2008:
50,3 Mio. Abrechnungsfälle („Krankenscheine“),
172 Mio. Diagnoseschlüssel (ICD10), 448 Mio. Abrechnungsziffern (EBM)

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

Hochrechnung der Ergebnisse für Deutschland 2008:

77 Mio. Personen sind mindestens ein Mal zum Arzt gegangen (92,9%)

614 Mio. Behandlungsfälle wurden abgerechnet („Krankenscheine“ – alle Behandlungen des Arztes bei einem Patient im Quartal)

1.480 Mio. Arztkontakte 2007 – **2008** ???
(Tage mit Abrechnung mindestens einer Leistung bei einem Patienten)

Daten und Abrechnung – Veränderungen 2008

Versicherten- und Grundpauschalen:

Im Rahmen der haus- sowie fachärztlichen Versorgung können niedergelassene Ärzte seit dem 1. Januar 2008 bei Erstkontakt eines Patienten einmalig im Quartal Pauschalen abrechnen, die bereits die Vergütung für wesentliche Grundleistungen sowie ggf. Folgekontakte beinhalten >>> Folgekontakte im Quartal werden i.d.R. nicht mehr separat abgerechnet und können in den Daten nicht identifiziert werden!

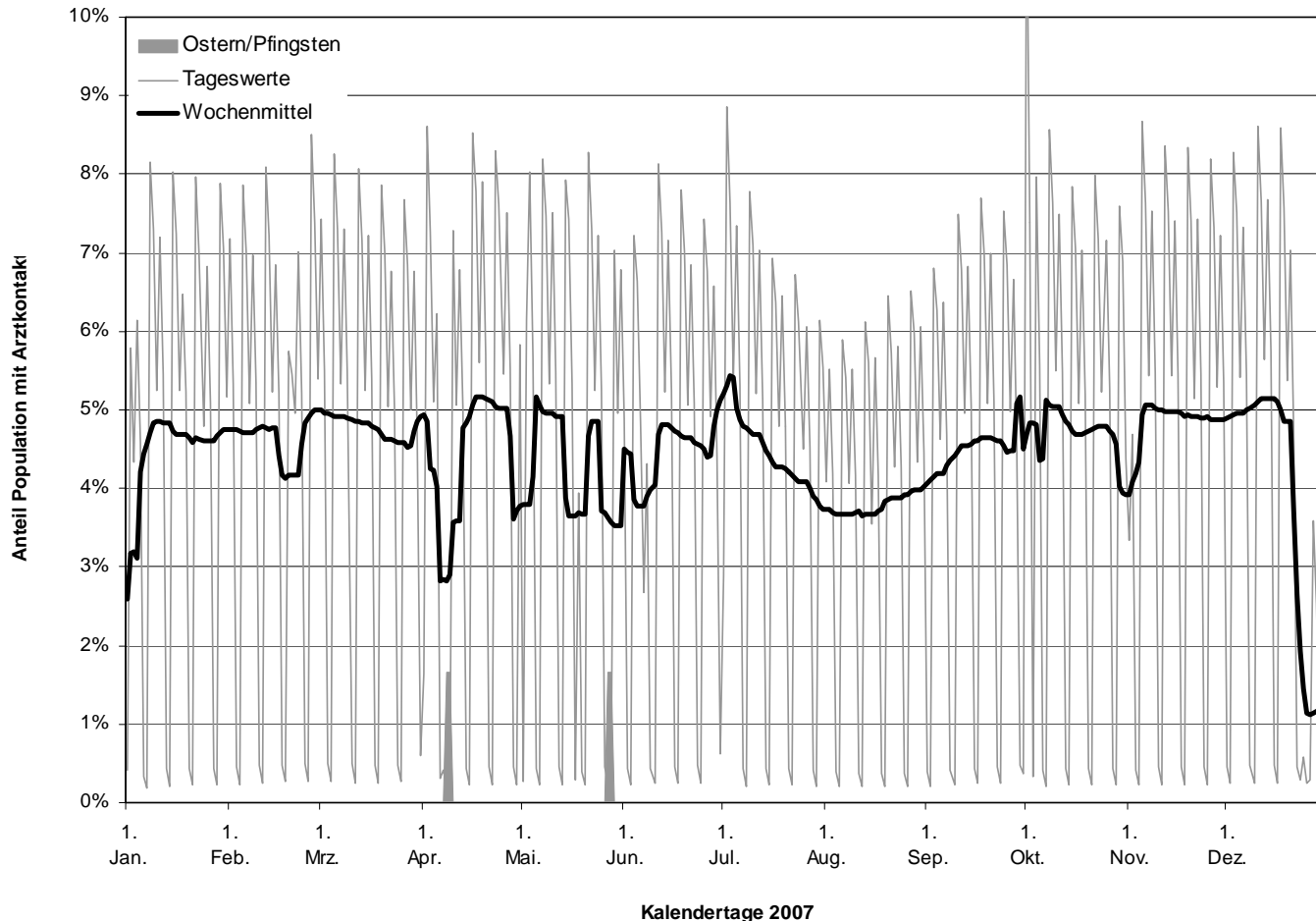
Lebenslange Arztnummer (LANR):

Einführung zum 1. Juli 2008 – erst ab 2009 Ergebnisse zum Kalenderjahr

Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften:

Einführung zum 1. Oktober 2008 – beauftragte Laborleistungen werden direkt vom Labor mit der KV (und nicht mehr vom behandelnden Arzt) abgerechnet >>> aus den Laborleistungen resultieren ab dem 4. Quartal "neue" Behandlungsfälle

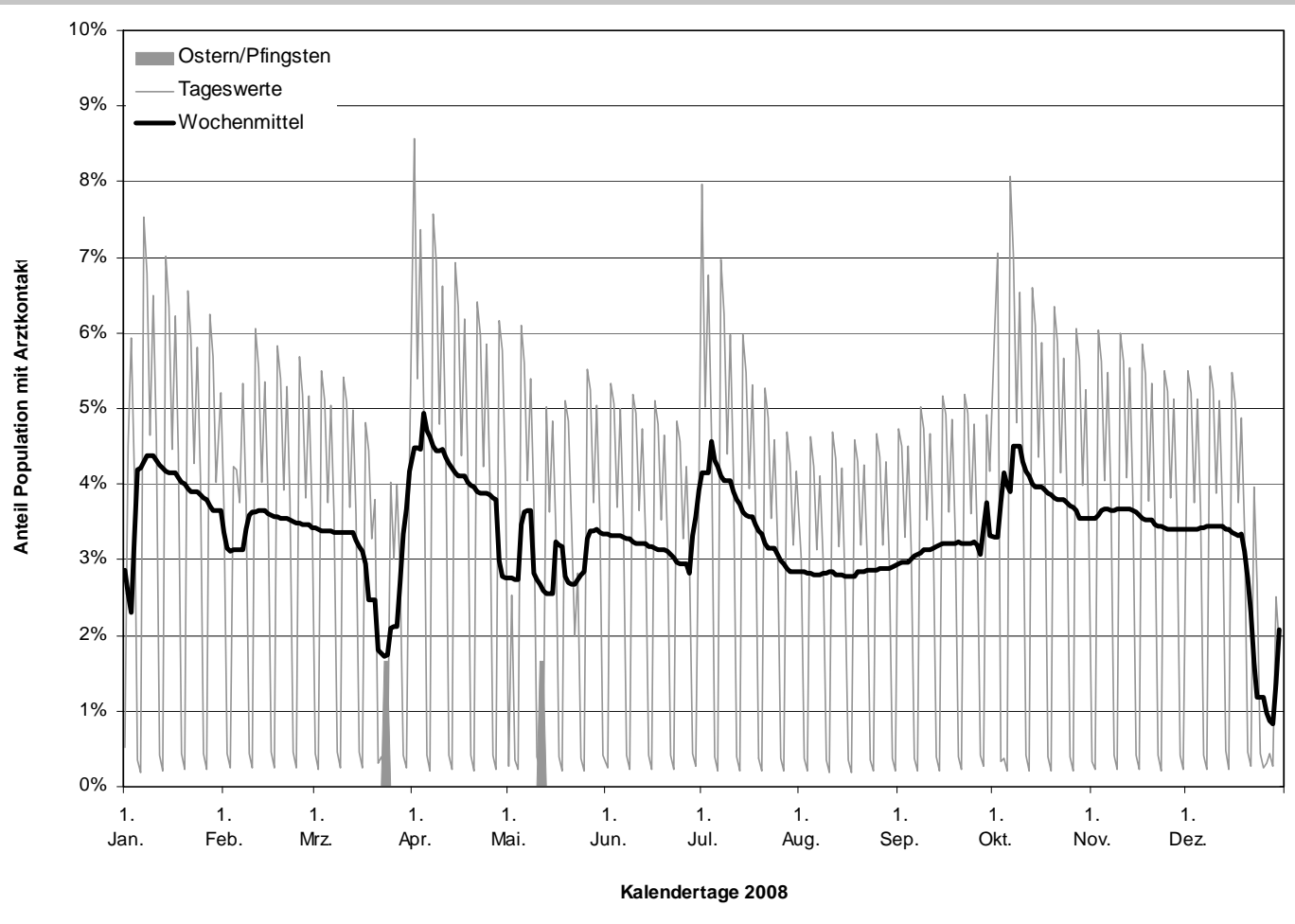
Variationen der Kontaktraten an Tagen des Jahres 2007



vgl. Report Seite 52

Höchste Kontaktrate 2007 am 1. Oktober: 11,8% (ca. 9,7 Mio.)
Jahresmittel aller Kalendertage 2007: 4,4% (ca. 3,6 Mio. täglich)

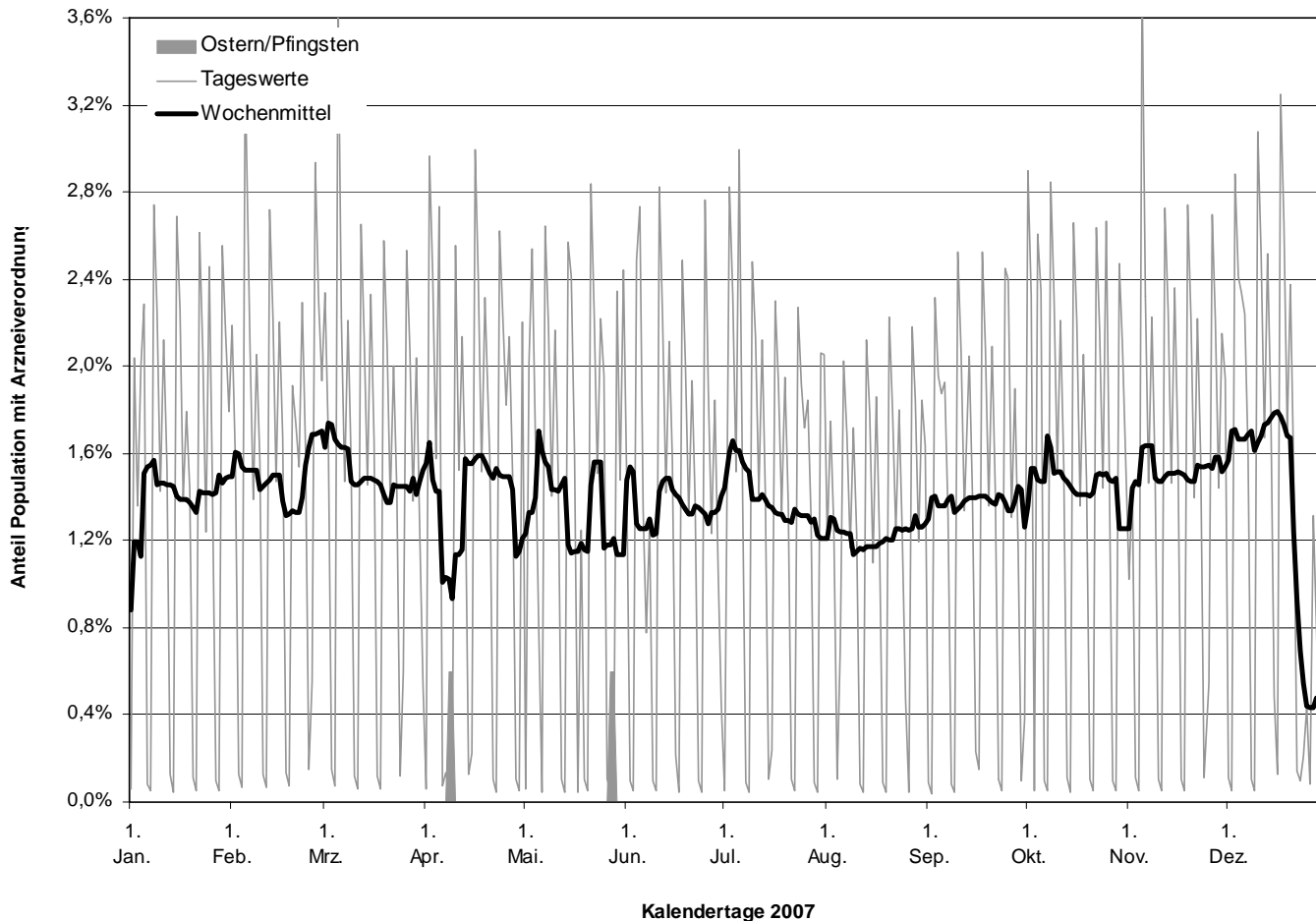
Variationen der Kontaktraten an Tagen des Jahres 2008



vgl. Report Seite 52

Quartalszyklen >>> Folgekontakte im Quartalsverlauf nicht erfasst
Rechnerisch geringeres Jahresmittel 2008: 3,35%

Arzneiverordnungsraten an Tagen des Jahres 2007

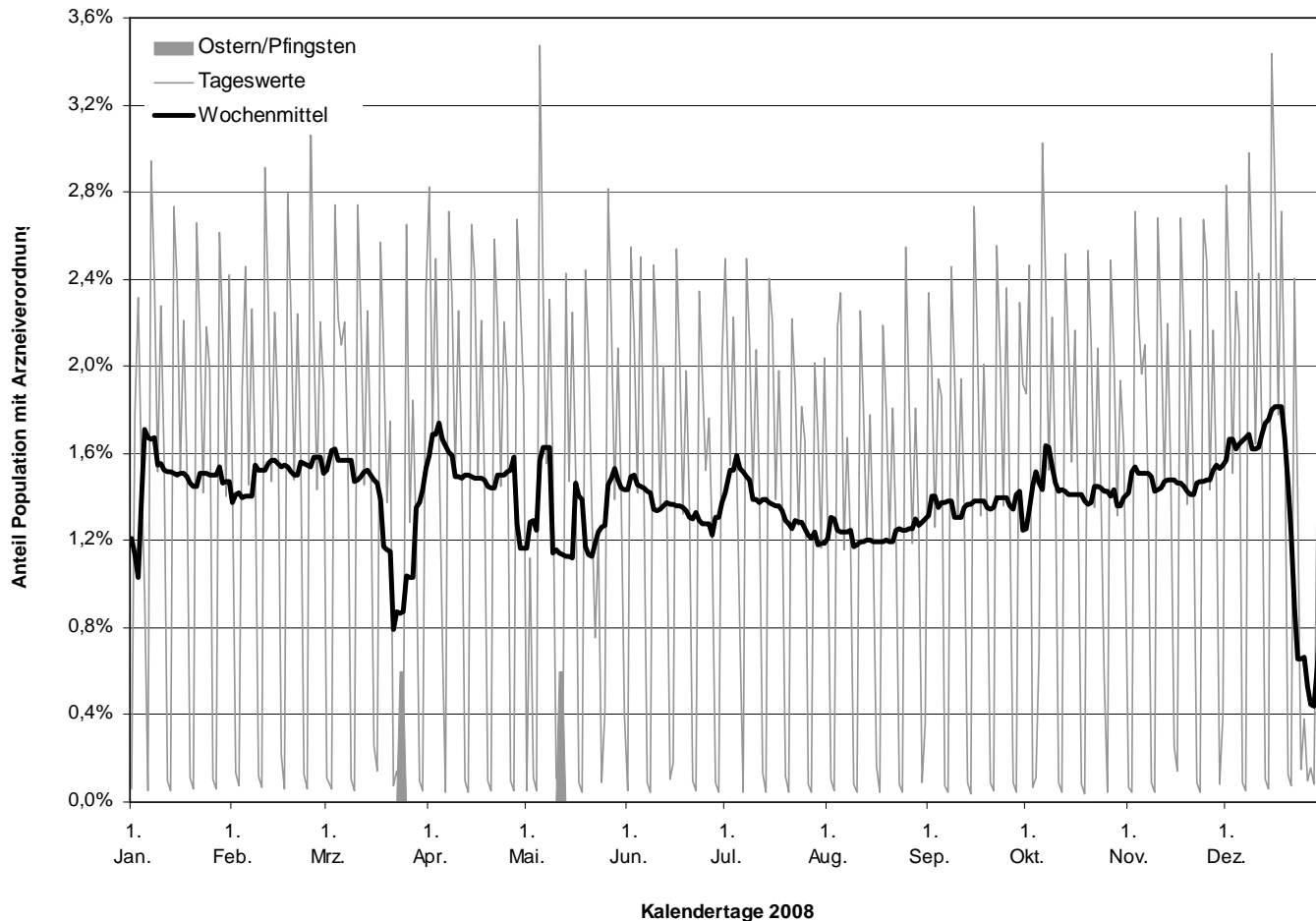


vgl. Report Seite 54

Im Jahresmittel aller Kalendertage 2007:

1,396%

Arzneiverordnungsraten an Tagen des Jahres 2008



vgl. Report Seite 54

Im Jahresmittel aller Kalendertage 2008:

1,392%

Veränderungen von 2007 auf 2008

(altersstandardisiert, versichertenbezogen pro Kopf)

Behandlungsrate:

Anstieg von 92,6% im Jahr 2007 auf 92,9% im Jahr 2008

Der Anteil der Bevölkerung ohne Kontakt zur ambulant-ärztlichen Versorgung sinkt weiter auf nur noch 7,1%

Behandlungsfälle:

Anstieg von 7,08 Fälle auf 7,45 Fälle pro Kopf in 2008 (+5,1%)

(mit überproportionalem Anstieg im 4. Quartal um +10%, dabei Anstieg um durchschnittlich 3% in Quartal 1 bis 3)

Arzneiverordnungsrate:

Anteil Kalendertage mit Arzneiverordnung weitgehend unverändert
(insbesondere keine quartalszyklischen Schwankungen)

Arztkontakte:

2008 durch Abrechnung von Pauschalen nur unvollständig erfasst
(rechnerisch Rückgang von 17,7 in 2007 auf 13,5 pro Kopf in 2008)

Schlussfolgerungen zur Entwicklung 2008

Behandlungsraten und -fälle zeigen einen weiteren Anstieg, wobei 2008 knapp die Hälfte des Anstiegs der Behandlungsfallzahlen um insgesamt 5 Prozent auf die Direktabrechnungen von Laborgemeinschaften zurückzuführen ist

Reale Arztkontaktzahlen dürften vor diesem Hintergrund auch 2008 um schätzungsweise 2 bis 3 Prozent im Vergleich zum Vorjahr gestiegen sein (von 17,7 auf etwa 18,1 pro Kopf)

Im Sinne der Patientenversorgung könnten pauschalierte Vergütungen zu einer sinnvolleren Nutzung von Ressourcen und mehr Zeit für Patienten führen

Im Sinne der Versorgungsforschung führen pauschalierte Vergütungen ohne gezielte Dokumentation grundlegender Leistungsparameter zu weniger Transparenz, womit mögliche positive Effekte dann nicht mehr belegt werden können

Entwicklung Diagnosen 2008 als Basis des Morbi-RSA

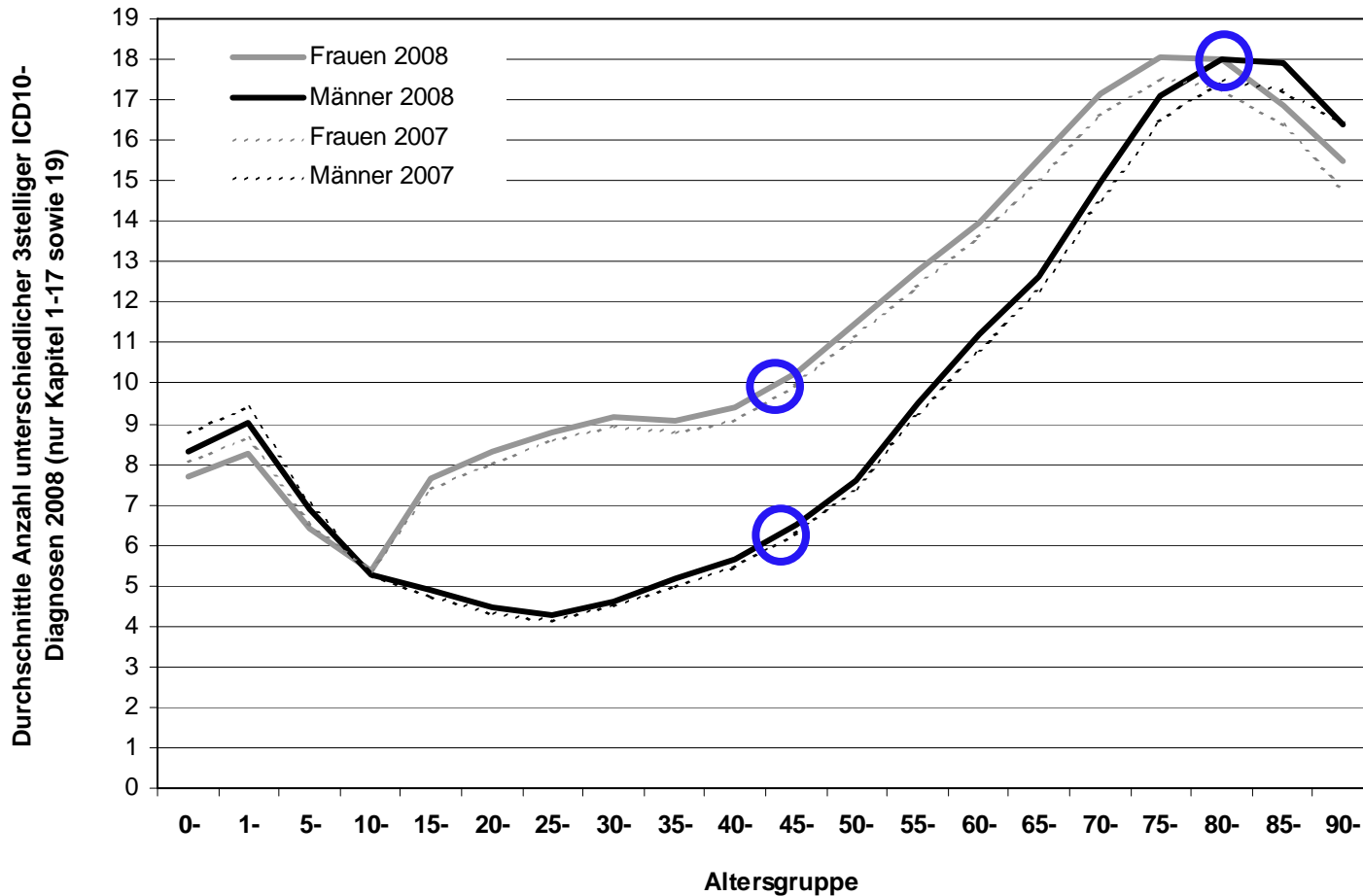
Anstieg der Anzahl dokumentierter ICD10-Diagnoseschlüssel auf **27,3 Eintragungen pro Kopf in 2008** (Vorjahr: 25,8); dies entspricht hochgerechnet bundesweit 2,2 Milliarden erfassten Schlüsseln

Im Mittel 2008 **pro Kopf 11,7 unterschiedliche ICD10-Schlüssel** auf 3-stelliger Ebene (Vorjahr: 11,4)

Durchschnittlich **9,6 unterschiedliche 3stellige ICD10-Schlüssel im Sinne von Erkrankungen*** (Vorjahr 9,3; 2004: 8,7)

** ohne ICD-Kapitel 18 und 21 „Symptome“ bzw. „Faktoren...“; einheitlich altersstandardisiert*

Durchschnittliche Diagnosezahl nach Alter 2008



vgl. Report
Seite 137

Mittlere Altersgruppen (45-49 Jahre):

ca. 10 Diagnosen bei Frauen, etwa 6,5 unterschiedliche Diagnosen bei Männern

Um das 80. Lebensjahr:

etwa 18 unterschiedliche Diagnosen bei beiden Geschlechtern

Diagnose-Spektrum

Ursprungskapitel zu nachfolgend näher betrachteten Morbi-RSA-relevanten Erkrankungen:

Diabetes >>>

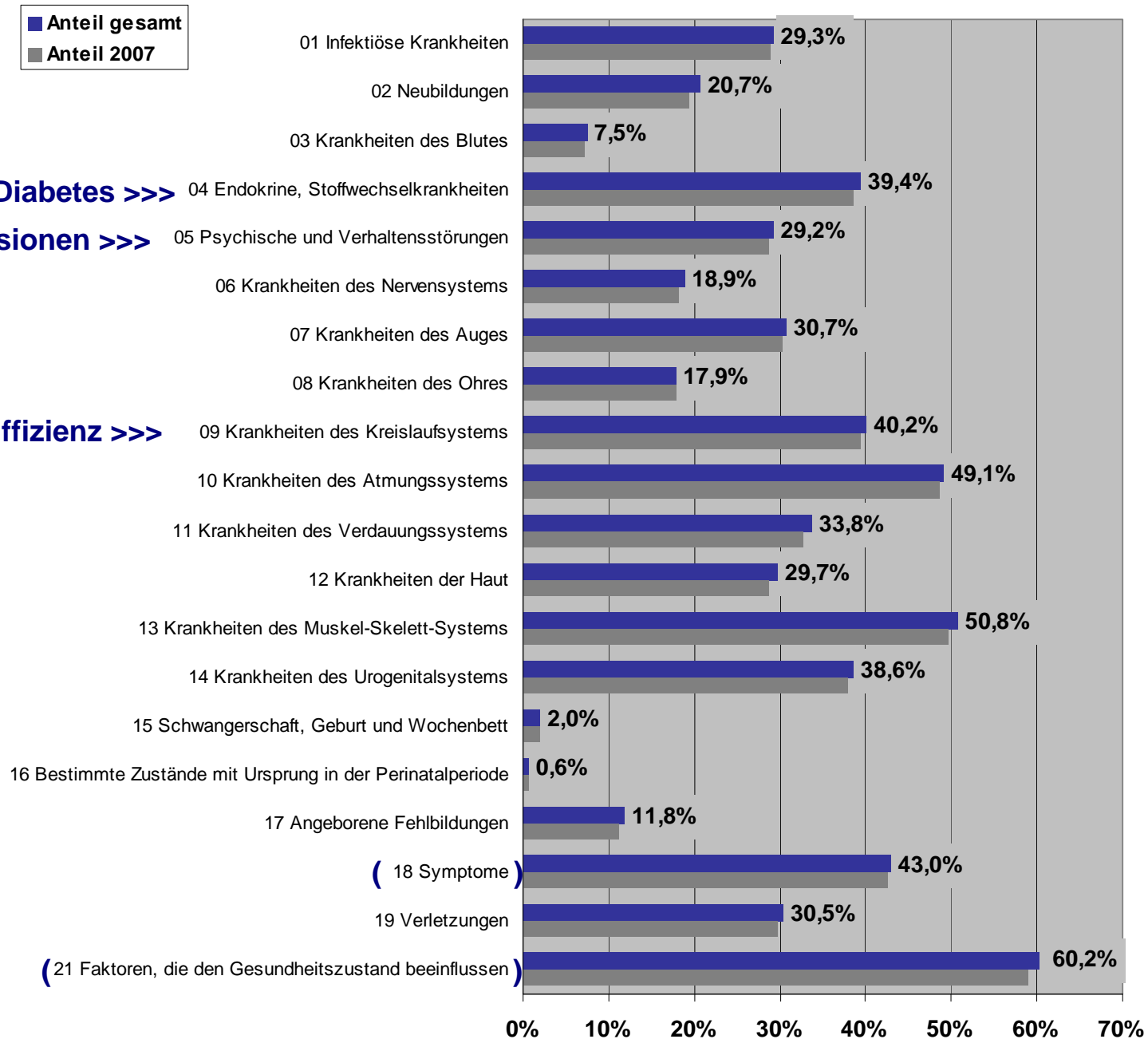
Depressionen >>>

Herzinsuffizienz >>>

vgl. Report Seite 86ff. und S.238 Anhang

zum Thema Früherkennung vgl. S.107

Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus einzelnen ICD10-Diagnosekapiteln in 2008



Entwicklung Morbi-RSA-relevanter Diagnosen bis 2008

Anstieg des Anteils von Versicherten mit mindestens einer relevanten Erkrankungszuordnung (HMG-Zuordnung):

2006: 34,4% >>> 2007: 35,4% >>> 2008: 36,5%

relativer Zuwachs um 6,3% zwischen 2006 und 2008

Anstieg der durchschnittlichen Zahl zugeordneter HMGs:

2006: 0,80 >>> 2007: 0,84 >>> 2008: 0,87 je Person und Jahr

Gesamtzunahme von 8,2%;

2006 auf 2007 +3,9%; 2007 auf 2008 +4,1%

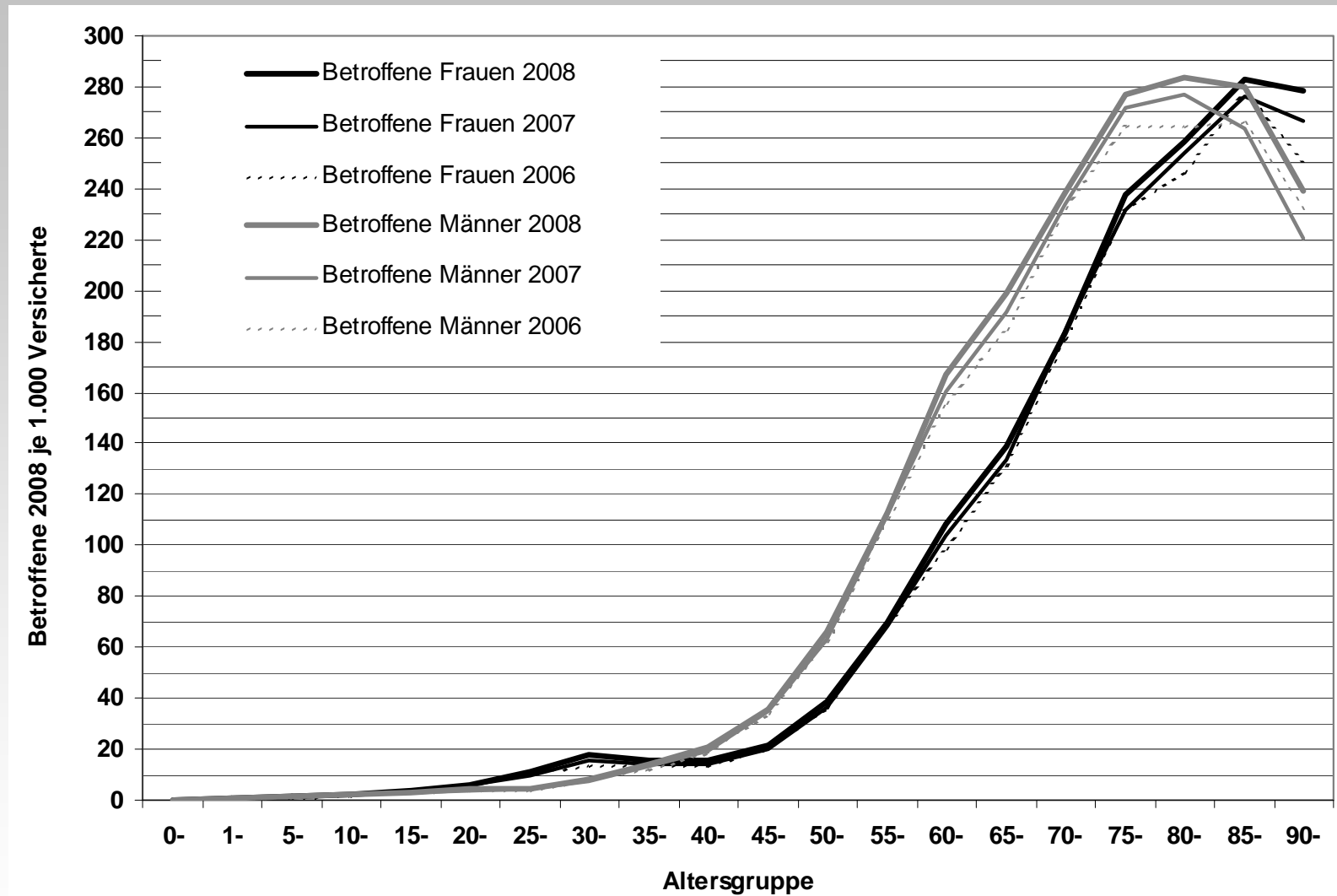
Anstieg des (fiktiven) Zuschlagsvolumens* :

Gesamtzunahme um 9,3%;

2006 auf 2007 +4,2%; 2007 auf 2008 +4,9%

* unter Annahme aktueller HMG-Zuschläge nach BVA-Angaben

Exemplarische Beispiele: Diabetes (HMG 15 bis 20)

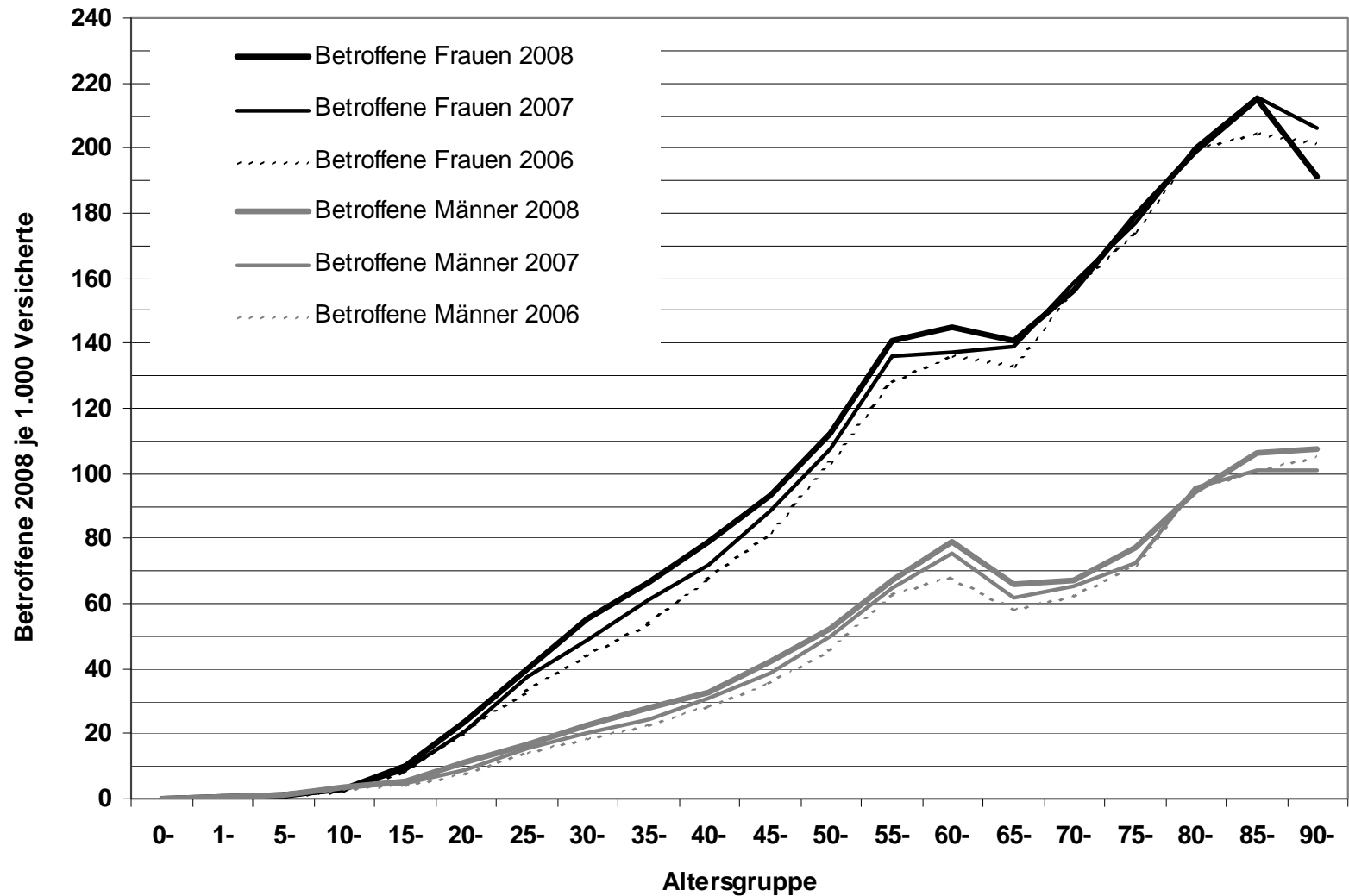


Insgesamt Zunahme von 2006 bis 2008 um 5%

von 67,4 über 68,8 in 2007 auf 70,9 Betroffene je 1.000 Versicherte in 2008

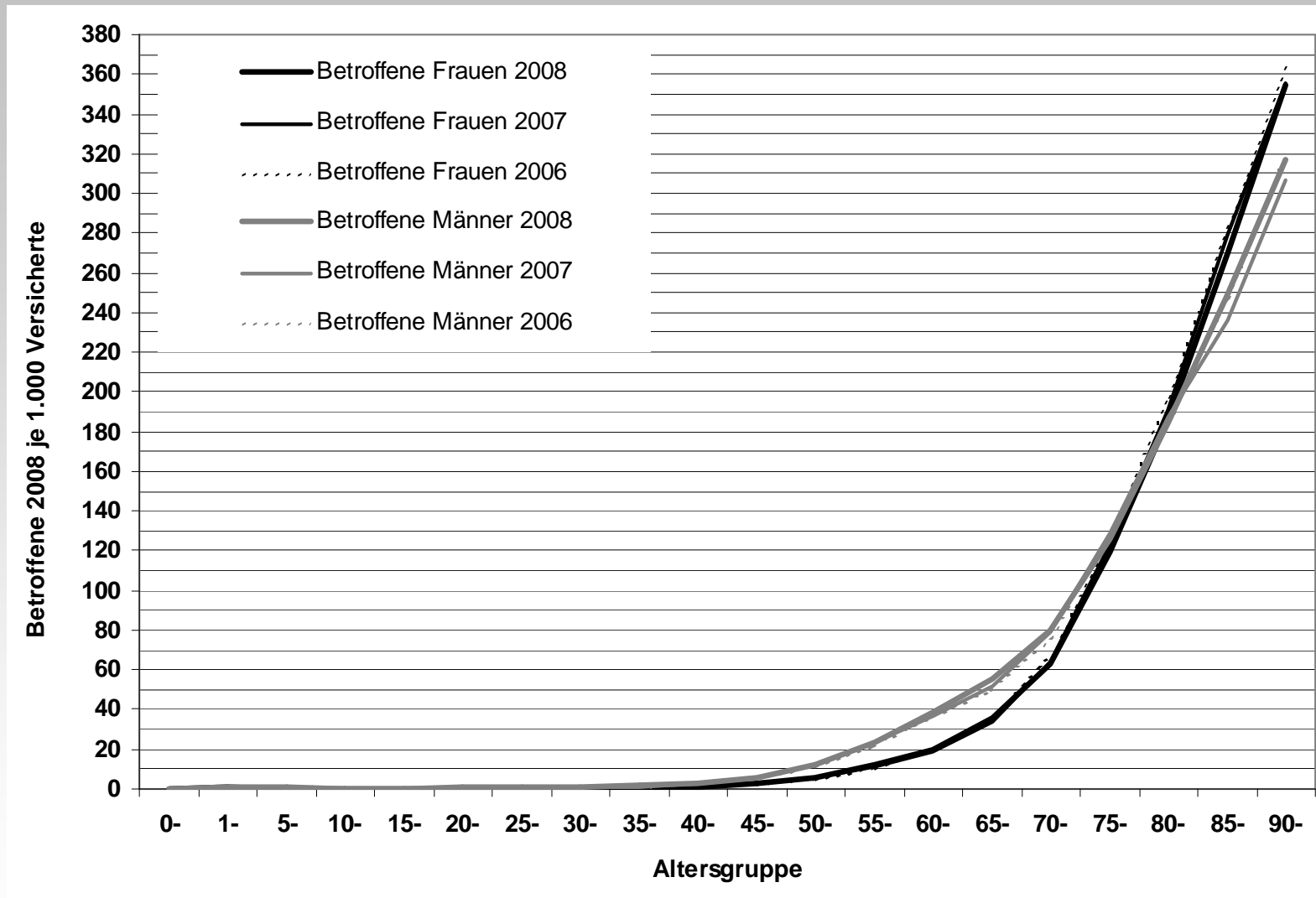
(ca. 5 Mio. GKV-Versicherte, 5,9 Mrd. Euro; vgl. Report Seite 149ff., insbesondere ab S.153)

Exemplarische Beispiele: Depressionen (HMG 58)



Insgesamt von 2006 bis 2008 leicht überdurchschnittliche Zunahme um 9,1%;
von 2006 auf 2007 bereits Zunahme um 4,8% von 60,7 auf 63,6 und
bis 2008 auf 66,2 Betroffene je 1.000 Versicherte, ca. 4,6 Mio. GKV-Versicherte,
4,1 Mrd. Euro; (vgl. Report Seite 165ff.)

Exemplarische Beispiele: Herzinsuffizienz (HMG 80)

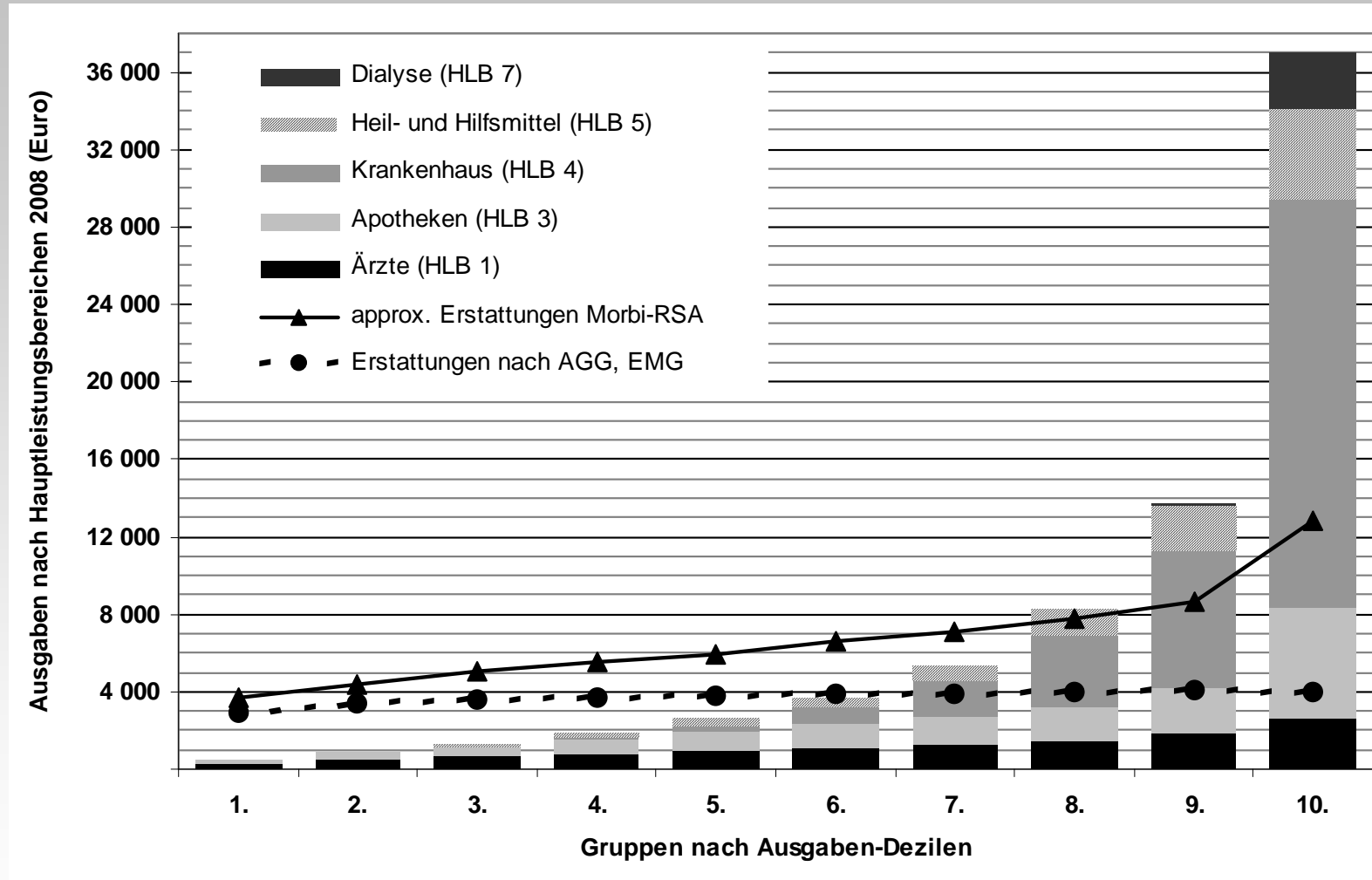


Insgesamt Rückgang um 2,3% von

28,7 Zuordnungen im Jahr 2006 auf 28,3 Zuordnungen je 1.000 Versicherte 2007 und 2008;
(ca. 2,0 Mio. GKV-Versicherte, 2,3 Mrd. Euro; vgl. Report Seite 149ff.,
insbesondere ab S.153)

Exemplarische Beispiele: Herzinsuffizienz (HMG 80)

- Bedarfe und Erstattungen



HMG-80-Versicherte in 10 Gruppen Gruppen nach realen Ausgaben
(knapp 500 Euro pro Jahr bis >37.000 Euro), approximative Erstattungen aus dem
MORBI-RSA sowie fiktive Erstattung bei Ausgleich ohne Morbiditätsberücksichtigung

Zusammenfassung - Resümee

- Die **Diagnose-Dokumentationsdichte** ist von **2007 auf 2008 um 5,5%** von 25,8 auf 27,3 ICD10-Schlüssel pro Kopf gestiegen
- Für **etwa 37% der Versicherten** dürften 2009 direkt morbiditätsbezogene **HMG-Zuschläge** (auf Basis 2008er-Diagnosen) gezahlt werden
- Die **Anzahl der HMG-Zuordnungen stieg von 2006 bis 2008 um 8,2%**
- Die Zunahme von 2007 auf 2008 bewegt sich in einer vergleichbaren Größenordnung wie die von 2006 auf 2007 und stellt damit eher die **Fortsetzung eines allgemeinen Trends** dar. Von einer grundlegenden Änderungen der Morbiditätserfassung kann auf Basis der vorliegenden Ergebnisse im Jahr 2008 nicht gesprochen werden
- Auch der **Morbi-RSA gleicht nur einen Teil realer Ausgabenunterschiede bei einzelnen Versicherten aus**
- **An welchen Stellen ein finanzieller Ausgleich zwischen Krankenkassen eher ausgebaut oder zurückgenommen werden sollte, wird ein immer neu zu diskutierendes Thema bleiben**

Herzlichen Dank!

OECD-Definition Arztkontakte

Doctors' consultations

The number of contacts with an ambulatory care physician divided by the population. Contacts in out patient wards should be included.

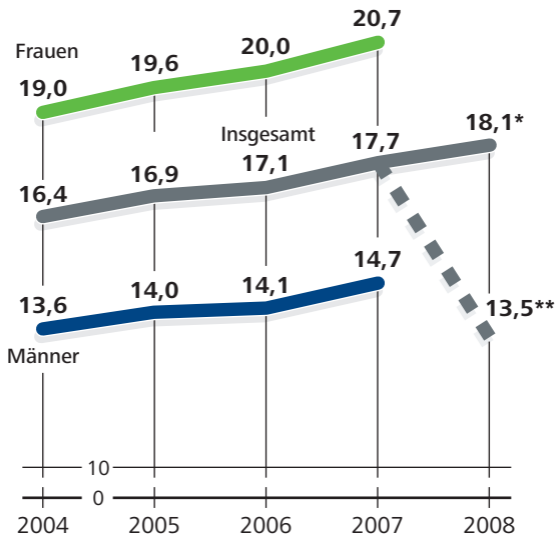
The number of contacts includes:

- Visits/ consultations of patients at the physician's office
- Physician's visits made to a person in institutional settings such as liaison visits or discharge planning visits, made in a hospital or nursing home with the intend of planning for the future delivery of service at home
- Telephone contacts when these are in lieu of a first home or hospital visit for the purpose of preliminary assessment for care at home
- Visits made to the patient's home.

(Source: OECD HEALTH DATA 2007)

So häufig beim Arzt

Ambulante ärztliche Versorgung,
Anzahl (Durchschnitt) der Arztkontakte
pro Person und Jahr, Deutschland

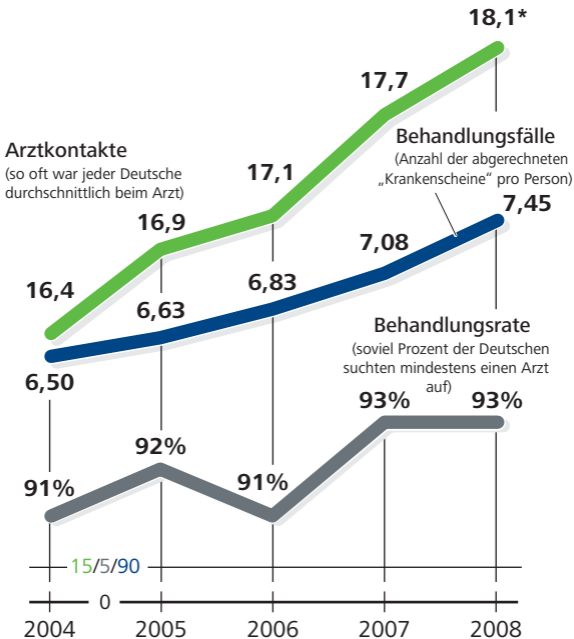


*Schätzung auf Grundlage der steigenden Behandlungsfälle

**reduzierte Werte durch Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen

Immer öfter zum Arzt

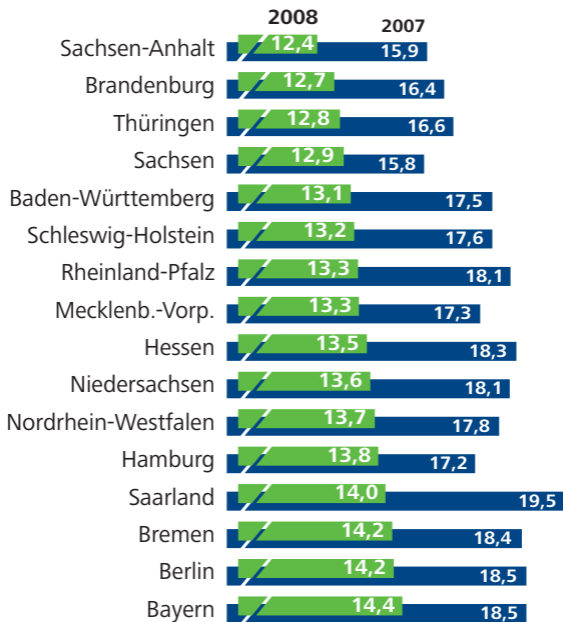
Ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland



*Schätzung auf Grundlage der steigenden Behandlungsfälle

Gesundes Sachsen-Anhalt?

Ambulante ärztliche Versorgung, Anzahl der Arztbesuche
2008* und 2007 pro Person (Durchschnitt)

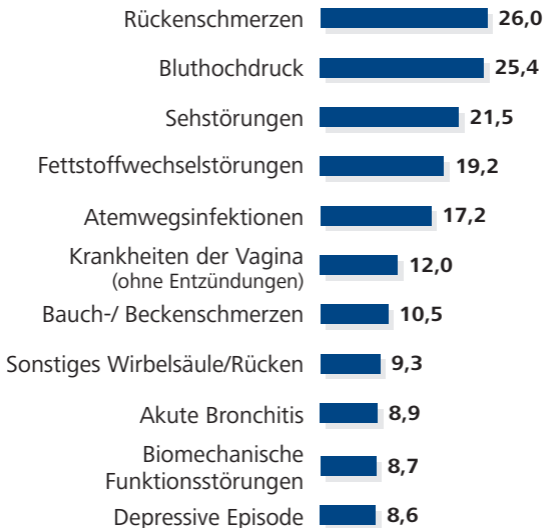


*reduzierte Werte durch Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen

Quelle: BARMER GEK Arztreport 2010

Die häufigsten Diagnosen

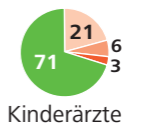
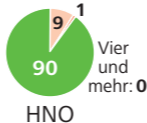
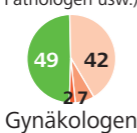
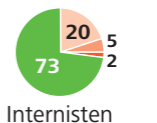
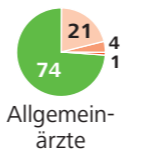
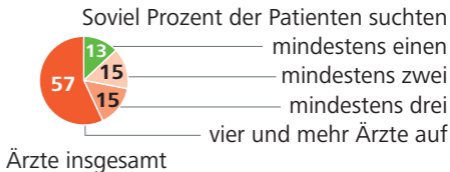
Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen*
aus der ambulanten ärztlichen Versorgung
Deutschland 2008, Angaben in Prozent



*„dreistellige“ Diagnosen

Von einem Arzt zum Nächsten?

Anzahl der kontaktierten Ärzte
insgesamt und in Fachgruppen, Deutschland 2008 (gerundet)



Kerndaten

Name:	BARMER GEK
Gründungsdatum:	01.01.2010
Rechtsform:	Körperschaft des öffentlichen Rechts
Dienstleistungen:	Kranken- und Pflegeversicherung Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung
Beitragssatz:	14,9 Prozent
Kunden:	8,5 Mio. Versicherte
Standorte:	mehr als 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 20 61 87 99 18
kai.behrens@barmer-gek.de