

Versorgungs-Report 2015/2016

„Kinder und Jugendliche“

Jürgen Klauber / Christian Günster /
Bettina Gerste / Bernt-Peter Robra /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 391-444



18	Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	391
	<i>Bettina Gerste, Dagmar Drogan und Christian Günster</i>	
	Teil A – Daten und Methoden	392
18.1	AOK-Leistungsdaten	392
18.2	Untersuchungspopulation	395
18.2.1	Analysepopulationen	396
18.2.2	Klassifikationssysteme	397
18.2.3	Regionaldaten	398
18.3	Methoden	398
18.3.1	Alters- und Geschlechtsstandardisierung	398
18.3.2	Kennzahlen für Behandlungshäufigkeiten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	400
18.3.3	Kostenkalkulation	401
18.4	Limitationen und Validität von AOK-Routinedaten	402
	Teil B – Ergebnisse	404
18.5	Behandlungsprävalenzen	404
18.5.1	Die häufigsten Erkrankungen und Behandlungsanlässe nach Einzeldiagnosen	404
18.5.2	Erkrankungen nach Diagnosegruppen	413
18.6	Stationäre Behandlungen	415
18.7	Arzneiverordnungen	422
18.8	Ärztliche Inanspruchnahme	429
18.9	Inanspruchnahme von Heilmitteln	434
18.10	Verteilung der Ausgaben	436

18 Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bettina Gerste, Dagmar Drogan und Christian Günster

Dieser deskriptiv ausgerichtete Beitrag gibt einen Überblick über die Diagnosehäufigkeit von Erkrankungen im Jahr 2012. Darüber hinaus wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den Bereichen stationäre Versorgung, ambulante ärztliche Versorgung, Arzneimittel- und Heilmittelversorgung der Jahre 2006 bis 2012 dargestellt, um zeitliche Trends in den vier ausgabenwirksamsten Leistungssektoren des Gesundheitswesens aufzuzeigen. Die in Teil A beschriebenen methodischen Details – Datenbasis, Alters- und Geschlechtsstandardisierung, Verfahren zur Diagnosevalidierung, Berechnung von Behandlungsprävalenzen und Inzidenzen – gelten dabei sowohl für diesen Beitrag als auch für die empirischen Beiträge des aktuellen Versorgungs-Reports.

Die vorliegenden Auswertungen basieren auf den Routinedaten von mehr als 24 Mio. AOK-Versicherten, die ein gutes Drittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und rund 31 Prozent der deutschen Bevölkerung repräsentieren.¹ Die Leistungsdaten der AOK-Versicherten stellen somit eine äußerst umfangreiche Informationsbasis dar, die für intersektorale Versorgungsanalysen und Gesundheitsberichterstattung nutzbar ist und weit über Primärerhebungen wie z. B. den Mikrozensus oder den Bundesgesundheits-Survey hinausgeht.

Die Nutzung von Routinedaten im Gesundheitswesen hat eine lange Tradition. Neben ersten regionalen Analysen in den 1980er Jahren sind beispielsweise die Versichertenstichprobe der AOK Hessen/KV Hessen, die Fallzahlenanalysen der AOK Sachsen-Anhalt sowie die Berichterstattung verschiedener Krankenkassen zu nennen (Bitzer et al. 2014; Grobe 2014; Grobe et al. 2014; Schubert et al. 2008; Swart et al. 2008). Zunehmend gewinnen Routinedaten auch für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen an Bedeutung (Klauber et al. 2014). Routinedaten sind nicht nur schnell und mit geringem Aufwand verfügbar, sie liegen auch für alle Versicherten vollständig vor, da sie notwendiger Bestandteil der Abrechnung von Leistungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sind (Swart et al. 2014). Damit heben sich Routinedaten von Survey-basierten Primärerhebungen ab, die häufig mit Non-Response und Ausfallraten konfrontiert sind. Als Beispiel sei die Kiggs-Studie genannt, in deren Basiserhebung eine Response von 66,6% erreicht wurde (siehe Kapitel 1 in diesem Band).

Gleichwohl darf der Entstehungskontext der Routinedaten nicht übersehen werden. Routinedaten von gesetzlichen Krankenversicherungen erheben keinen An-

¹ Laut Mitgliederstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit gab es am 01.07.2012 24,344 Mio. AOK-Versicherte und 69,716 Mio. GKV-Versicherte (jeweils inkl. mitversicherter Angehöriger).

spruch auf Repräsentativität (Hoffmann und Icks 2012; Jaunzeme et al. 2013) und die Kodierqualität der für die Versorgungsforschung besonders interessierenden Diagnosedaten variiert (Gerste und Gutschmidt 2006; Giersiepen et al. 2007; IGES Institut 2012; Klaus et al. 2005; Ozegowski 2012). Im stationären Bereich wurden mit der Einführung der diagnose-orientierten Fallpauschalen (DRGs) vielfältige Maßnahmen ergriffen, um die Vollständigkeit und Qualität der Diagnosestellungen zu verbessern. Zu nennen sind hierbei Kodierrichtlinien, Diagnoseprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen und oftmals eigens geschultes Kodierpersonal in den Kliniken. Inzwischen basieren weite Teile der amtlichen Gesundheitsberichterstattung für den stationären Sektor auf Routinedaten (Statistisches Bundesamt 2011a; 2011b). Für den ambulanten Bereich steht dieser Prozess wieder am Anfang, da die Einführung ambulanter Kodierrichtlinien (AKR) zum 01. Juli 2011 ausgesetzt wurde. Nach dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) entfiel die verpflichtende Anwendung der AKR. Dennoch ist die Bedeutung der Diagnosekodierung durch die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und der an die Morbiditätsentwicklung geknüpften Entwicklung ärztlicher Honorare auch im ambulanten Sektor gestiegen.

Teil A – Daten und Methoden

18.1 AOK-Leistungsdaten

In diesem Versorgungs-Report wurde auf die bundesweiten anonymisierten Abrechnungsdaten aller AOK-Versicherten mit mindestens einem Versichertentag im Auswertungsjahr 2012 zurückgegriffen. Insgesamt lagen Angaben von 25 898 316 Versicherten vor. Berücksichtigt wurden dabei Daten der Mitgliederbestandsführung (Versichertenverzeichnis nach § 288, SGB V) sowie Daten aus den folgenden Leistungsbereichen:

- ambulante vertragsärztliche Versorgung (nach § 295, Abs. 2, SGB V)
- Arzneimittelabrechnung (nach § 300, Abs. 1, SGB V)
- stationäre Versorgung (nach § 301, Abs. 1, SGB V)
- Heilmittelversorgung (nach § 302, Abs. 1, SGB V)

Voraussetzung für sektorenübergreifende Analysen war die Verzahnung der jeweils sektoral vorliegenden Leistungsdaten. Die Daten geben Auskunft über die in Deutschland behandelten Erkrankungen, so wie sie von Ärzten dokumentiert werden, und darüber, welche therapeutischen und diagnostischen Leistungen in der Behandlung erbracht wurden. Krankheiten (Diagnosen) und Leistungen werden in Beziehung gesetzt. Dabei können verschiedene Institutionen und Personen (Kliniken und niedergelassene Ärzte) beteiligt gewesen sein.

Die verwendete Datenbasis bildet den medizinischen Leistungsbedarf in den dargestellten Leistungsbereichen fast vollständig ab, soweit die Leistungen im GKV-Leistungskatalog enthalten sind. In den Routinedaten fehlen jedoch grund-

sätzlich alle individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und sonstige privat abrechneten Leistungen, die nicht von der GKV übernommen werden.

Wenn in den jeweiligen Darstellungen einzelner Kapitel nicht anderslautend erwähnt, wurden die Daten unter Berücksichtigung der folgenden Präzisierungen ausgewertet.

Arzneimittelversorgung

Gemäß § 300 SGB V werden für die AOK-Versicherten fortlaufend Daten zu allen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln und Nicht-Fertigarzneimitteln übermittelt, die von einem niedergelassenen Vertragsarzt auf Rezepten zu Lasten der GKV verordnet und über eine öffentliche Apotheken abgerechnet wurden. Dabei werden auch Angaben zum Apothekenverkaufspreis, zum Ordnungs- und Abgabedatum sowie zum verordnenden Arzt dokumentiert. Das Ordnungsdatum bestimmt die Zuordnung der Leistung zum Berichtszeitraum. Ausgabenschätzungen für Arzneiverordnungen zu Lasten der GKV basieren auf dem jeweiligen Bruttoumsatz inklusive Zuzahlung durch den Versicherten (Apothekenverkaufspreis). Fertigarzneimittel lassen sich durch die sogenannte Pharmazentralnummer eindeutig einem Handelsnamen, dem Hersteller, der Wirkstoffstärke sowie der Packungsgröße zuordnen. Auf Basis der Pharmazentralnummer werden im WIdO die Zuordnungen von Fertigarzneimitteln zu den jeweiligen Wirkstoffgruppen vorgenommen (siehe Abschnitt 18.2.2).

Stationäre Versorgung

Im Rahmen der stationären Versorgung von GKV-Versicherten werden vom behandelnden Krankenhaus verpflichtend detaillierte Daten an die jeweilige Krankenkasse übermittelt. Diese Daten beinhalten u. a. Angaben zum Versicherten, zum Aufnahme- und Entlassungsdatum jedes Falles sowie zur aufnehmenden Fachabteilung. Die Gesamtkosten stationärer Behandlungsfälle werden nach einem pauschalierenden Vergütungssystem – den G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) – bei den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Für jeden Krankenhausfall werden außerdem die Aufnahme-, Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen gemäß gültiger oder andernfalls spezifizierter Fassung der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD) dokumentiert. Die Entlassungsdiagnosen – obligate Hauptdiagnose und fakultative Nebendiagnose(n) – sind im Rahmen des G-DRG-Systems abrechnungsrelevant und werden daher systematisch erfasst. Informationen zu durchgeführten Operationen und bestimmten Prozeduren werden gemäß Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert und inkl. Operationsdatum erfasst (siehe Abschnitt 18.2.2).

Weitere Präzisierungen:

- Die Zuordnung der Leistung zu einem Quartal oder Behandlungsjahr erfolgte anhand des Entlassdatums
- Zur Bestimmung von Behandlungsprävalenzen wurde auf die Haupt- und Nebendiagnose der stationären Behandlung zurückgegriffen. Der primäre Behandlungsanlass wurde über die Hauptdiagnose erfasst.
- Die Verweildauer eines Krankenhausabrechnungsfalles wurde aus dem Aufnahme- und Entlassungsdatum (Mitternachtsstatistik) ermittelt.

- In der Regel wurden voll- oder teilstationäre Aufenthalte berücksichtigt, und zwar alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Abrechnungsfälle. Eine eventuelle vor- oder nachstationäre Behandlung wurde im Versorgungs-Report nicht ausgewiesen. Die Fälle mit ambulanten Operationen im Krankenhaus wurden in der Regel nicht berücksichtigt, auf die Informationen kann im Sonderfall jedoch zurückgegriffen werden. So wurden im Kapitel 11 dieses Versorgungs-Reports beispielsweise die CT- und MRT-Untersuchungen aller stationären Abrechnungsfälle (d. h. inkl. ambulanter Untersuchungen im Krankenhaus) berücksichtigt.
- Kosten für voll- und teilstationäre Aufhaltenen wurden nur für abgeschlossene Abrechnungsfälle ermittelt.

Ambulante Versorgung

Grundlage sind die von einem ambulant tätigen Vertragsarzt durchgeführten Leistungen des GKV-Leistungsbereichs. Diese Leistungen werden einmal pro Quartal über eine der 17 regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abgerechnet und die Daten anschließend an die Krankenkassen weitergeleitet. Als ein Behandlungsfall gilt die Konsultation eines Versicherten bei einem Vertragsarzt in einem Quartal; dabei ist die Anzahl der Praxisbesuche im Quartal unerheblich. Eine Person erzeugt mehr als einen Behandlungsfall pro Quartal, wenn sie im selben Quartal mehrere Ärzte aufsucht.

Die den KVen und Krankenkassen übermittelten Daten enthalten u. a. die angeforderten Leistungen in Punkten sowie die Sachleistungen in Eurobeträgen gemäß dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM; siehe Abschnitt 18.2.2). Über die Betriebsstättennummer des Vertragsarztsitzes sind aus den übermittelten Leistungsdaten zudem Informationen zu den abrechnenden Einheiten verfügbar; so beispielsweise die Fachgruppe des behandelnden oder überweisenden Arztes bzw. der Arztpraxis laut Fachgruppenzuordnung der KBV.

Zu jedem Abrechnungsfall werden quartalsweise auch die Behandlungsdiagnosen laut deutscher ICD-Fassung kodiert. Für ambulant abrechnungsfähige operative Eingriffe gilt das Klassifikationssystem OPS (siehe Abschnitt 18.2.2). Gemäß § 295 SGB V sind in beiden Fällen die amtlichen und aktuell gültigen Fassungen des DIMDI zu nutzen (DIMDI 2015). Bei Behandlungsdiagnosen wird außerdem die Diagnosesicherheit dokumentiert (gesicherte Diagnose/ausgeschlossene Diagnose/Verdachtsdiagnose/symptomloser Zustand).

Weitere Präzisierungen:

- Sowohl die kollektivvertragliche als auch die selektivvertragliche Versorgung wurde berücksichtigt.
- Ausgaben der kollektivvertraglichen Versorgung wurden auf Basis regionaler rechnerischer Punktwerte aus Formblatt 3 ermittelt².
- Ausgaben der selektivvertraglichen Versorgung (z. B. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV-Verträge)) wurden ohne die Ausgaben für eingeschriebene Personen ohne Leistungsanspruchnahme ermittelt (d. h. es wurden nur Abrechnungsfälle mit Praxiskontakt berücksichtigt).

² Siehe https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/abrechnung/formblatt/formblatt_3.jsp.

- Hausärzte sind definiert als Ärzte der Fachgruppen Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten und Kinderärzte (laut Arztstammdatei der KBV). Wenn einer als Gemeinschaftspraxis organisierten Facharztpraxis Ärzte verschiedener Fachgruppen angehören, wurde diese Praxis (Betriebsstätte) der Kategorie „fachgruppenübergreifende Facharztpraxen“ zugerechnet.

Heilmittelversorgung

Basis sind Heilmittelleistungen – also Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie und Sprachtherapie –, die von einem niedergelassenen Vertragsarzt zulasten der GKV verordnet und von einem von der Kasse zugelassenen Leistungsanbieter erbracht werden. Indikationen, die zur Verordnung eines Heilmittels führen, werden nach dem im jeweiligen Auswertungsjahr gültigen Heilmittelkatalog klassifiziert. Die erbrachten Leistungen lassen sich über eine fünfstellige bundeseinheitliche Heilmittelpositionsnummer eindeutig zuordnen. Bei der Abrechnung erhalten die Krankenkassen außerdem die auf der Heilmittelverordnung dokumentierten Angaben zum Versicherten (Alter, Geschlecht, Wohnort), zum verordnenden Arzt, zum Verordnungsdatum sowie zum Leistungserbringer.

Weitere Präzisierungen:

- Bei Zählung der Leistungen wurden nur therapeutische Leistungen berücksichtigt (ohne Zusatzleistungen).
- Ausgewiesene Heilmittelausgaben beinhalten den Bruttoumsatz inkl. Zusatzleistungen (z. B. für Hausbesuche).
- Die Zuordnung der Heilmittelleistung zu einem Quartal oder Behandlungsjahr erfolgte über das Rechnungsdatum.

Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen werden durch verschiedene Träger erbracht. Die von der GKV zu finanzierenden medizinischen Rehabilitationsleistungen umfassen ambulante und stationäre Maßnahmen. Im Datenpool zur stationären Versorgung sind demzufolge auch Abrechnungsfälle der stationären Rehabilitation enthalten, auf Daten der stationären medizinischen Reha (zu Lasten der GKV) kann bedarfsweise zurückgegriffen werden. Da die stationäre medizinische Reha jedoch nur etwa ein Drittel der gesamten Reha-Leistungen ausmacht, werden die Informationen nur der Vollständigkeit halber berichtet. Bei der Ermittlung von Kosten wird stationäre medizinische Reha ausgeklammert.

18.2 Untersuchungspopulation

Die in diesem Versorgungs-Report präsentierten Querschnittsanalysen basieren auf 25 898 316 Personen, die im Auswertungsjahr 2012 mindestens einen Tag bei der AOK versichert waren. Für die Darstellung zeitlicher Trends werden außerdem alle AOK-Versicherten der Jahre 2006 bis 2012 berücksichtigt (Tabelle 18–1). Die empirischen Beiträge zum Schwerpunktthema „Kinder und Jugendliche“ beschränken sich dagegen auf Versicherte der Altersgruppe 0 bis 24 Jahre.

Tabelle 18–1

AOK-Versicherte¹ der Jahre 2006 bis 2012 (in Mio.)

Berichtsjahr	AOK-Versicherte				
	Gesamt	0 bis 24 Jahre ²	1 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
2006	26,7	6,9	4,4	14,0	8,2
2007	26,2	6,7	4,2	13,7	8,1
2008	25,4	6,4	4,0	13,3	7,9
2009	25,2	6,3	3,9	13,2	7,9
2010	25,6	6,4	3,9	13,5	7,9
2011	25,9	6,4	3,9	13,8	7,9
2012	25,9	6,4	3,9	13,9	7,9

¹ Basierend auf allen Personen, die im jeweiligen Auswertungsjahr mindestens einen Tag bei der AOK versichert waren. Umfasst daher i. d. R. mehr Personen als die stichtags-basierte Mitgliederstatistik des BMG.

² Zielpopulation für die empirischen Analysen des Versorgungs-Reports

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

18.2.1 Analysepopulationen

Für das Monitoring bestimmter Erkrankungen oder Behandlungsanlässe werden auf der Basis der oben beschriebenen Versicherten sogenannte Analysepopulationen gebildet. So umfasst die Analysepopulation im Kapitel 7 dieses Bandes beispielsweise alle Kinder und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen. Für die Definition der Analysepopulation werden in der Regel die Diagnosestellungen des ambulanten und des stationären Bereiches herangezogen. Dabei gelten jedoch sektorspezifische Kriterien:

- Stationäre Diagnosenennungen werden als verlässlich bewertet, da die Kodierung von Krankenhausdiagnosen mehreren, in den letzten Jahren stetig geschärften Prüfmeechanismen unterliegt³. Aus diesem Grund werden als Analysepopulation alle Personen aufgegriffen, die einen Krankenhausaufenthalt mit der jeweiligen Zieldiagnose (als Haupt- oder Nebendiagnose) im Berichtsjahr oder -zeitraum aufweisen.
- Bei ausschließlich ambulant behandelten Personen wird im Falle einer chronischen Erkrankung eine Diagnosevalidierung unter Verwendung eines Persistenzkriteriums zwischengeschaltet. Die von niedergelassenen Medizern in ambulanter Praxis dokumentierten Diagnosen, die ohne konsenterte Kodierrichtlinien erstellt werden, bedürfen einer genaueren Prüfung, um beispielsweise falsch positive Fälle zu erkennen und einer „tatsächlichen“ Prävalenz möglichst nahe zu kommen. In Abhängigkeit von der jeweiligen Zielerkrankung gelten unterschiedliche Persistenzkriterien:

³ Mit der Einführung von diagnose-orientierten Fallpauschalen zur Vergütung von Krankenhausleistungen im Jahr 2003 wurde die Diagnosekodierung bestimmend für die Erlössituation der Krankenhäuser. Die Kodierung wird geregelt durch die Deutschen Kodierrichtlinien und ist Gegenstand der Abrechnungsprüfung der Krankenkassen und ihrer medizinischen Dienste.

- Bei Erkrankungen mit kontinuierlichem Krankheitsverlauf und Behandlungsbedarf (z. B. Herzinsuffizienz) ist der Bezugszeitraum das Kalenderjahr. Die Diagnosevalidierung erfolgt innerhalb der vier Quartale des Berichtsjahres. Neben dem Diagnosequartal selbst muss die Diagnose in einem oder mehreren weiteren Quartalen dokumentiert worden sein (z. B. m2Q-Kriterium, Diagnosenennung in mindestens zwei von vier Quartalen).
- Bei Erkrankungen mit schubweisem Verlauf (z. B. Depression) ist der Bestätigungszeitraum zum Auffinden einer weiteren Zieldiagnose nach Erstdiagnose als individuelles Zeitfenster ohne Beachtung von Kalenderjahren definiert, um das Risiko einer Unterschätzung zu reduzieren. Dementsprechend kann die Validierung der Zieldiagnose in die Vorkalenderjahre zurückreichen.

18.2.2 Klassifikationssysteme

Klassifikation von Erkrankungen

Zur Klassifikation von Erkrankungen und Behandlungsanlässen wurde die im jeweiligen Auswertungsjahr gültige ICD-Fassung genutzt, deren deutsche Modifikation vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegeben und jährlich aktualisiert wird (DIMDI 2015). Die im Berichtszeitraum gültige Ausgabe ist die ICD-10-GM. Soweit nicht anders spezifiziert, basieren die Analysen des Versorgungs-Reports auf den ICD-Schlüsselnummern der Haupt- und Nebendiagnosen stationärer Behandlungen sowie den gesicherten Diagnosen aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Im vorliegenden Kapitel erfolgte die Auswertung der Behandlungshäufigkeiten auf der Basis von i) Einzeldiagnosen (ICD-Dreisteller) und ii) Diagnosegruppen (siehe Abschnitt 18.5).

Klassifikation von Operationen und Prozeduren

Diagnostische oder therapeutische Eingriffe und Operationen wurden nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert, der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Der OPS wird vom DIMDI gepflegt und jährlich aktualisiert (DIMDI 2015). Die Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V, im Bereich des ambulanten Operierens am Krankenhaus gemäß § 115b SGB V.

Prozeduren im ambulanten Bereich (z. B. CT- und MRT-Untersuchungen, siehe Kapitel 11 dieses Bandes) wurden in dieser Ausgabe des Versorgungs-Reports über die fünfstelligen Gebührenordnungsziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) identifiziert. Der EBM regelt das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland und die abrechenbaren ambulanten Einzelleistungen werden vom Bewertungsausschuss fortlaufend aktualisiert.

Klassifikation von Arzneimittelwirkstoffen

Auf der Basis der eindeutigen Pharmazentralnummer werden Wirkstoffe von Fertigarzneimitteln im Versorgungs-Report nach der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) verschlüsselt (DIMDI 2015). Es werden die Schlüssel-

nummern des ATC-Index des jeweiligen Auswertungsjahres verwendet, der Spezifizierungen für den deutschen Arzneimittelmarkt enthält und in dem auch die definierten Tagesdosen (DDD) festgelegt sind. Der ATC-Index wird am WIdO fortlaufend aktualisiert (WIdO o.J.)

18.2.3 Regionaldaten

Je nach Fragestellung und Untersuchungszusammenhang können Regionalauswertungen im Versorgungs-Report nach Bundesland, Regions(grund)typen oder nach Raumordnungsregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) differenziert sein (BBSR o. J.). Die Zuordnung erfolgt auf Basis der in den Daten der Mitgliederbestandsführung gespeicherten Postleitzahl des Versichertenwohnortes. Die siedlungsstrukturellen Regionstypen des BBSR werden nach den Kriterien „Zentralität“ und „Verdichtung“ die drei Regionsgrundtypen a) ländliche Räume, b) verstädterte Räume und c) Agglomerationsräume (Großstädte und Einzugsraum) unterschieden. Basis der Zuordnung sind Bevölkerungsdichte und Regionsgröße. Als Bezugsrahmen für die großräumigen Analysen von Diagnose- und Erkrankungshäufigkeiten im Versorgungs-Report wurden i. d. R. die 96 Raumordnungsregionen (Stand 2012) des BBSR verwendet. Die Zuordnung des Versichertenwohnortes zu einem Bundesland geschieht über den Kreis-Gemeindeschlüssel, der jährlich von der Post zur Verfügung gestellt wird. Zu beachten ist, dass sich die empirisch festgelegten Raumordnungsregionen nicht zwangsläufig mit den amtlich festgelegten Regionalgrenzen von Gemeinden, Kreisen oder Bundesländern decken. Bei Stadtstaaten wie beispielsweise Bremen können die für das Bundesland dokumentierten Behandlungshäufigkeiten daher von den Behandlungshäufigkeiten der Raumordnungsregion Bremen abweichen.

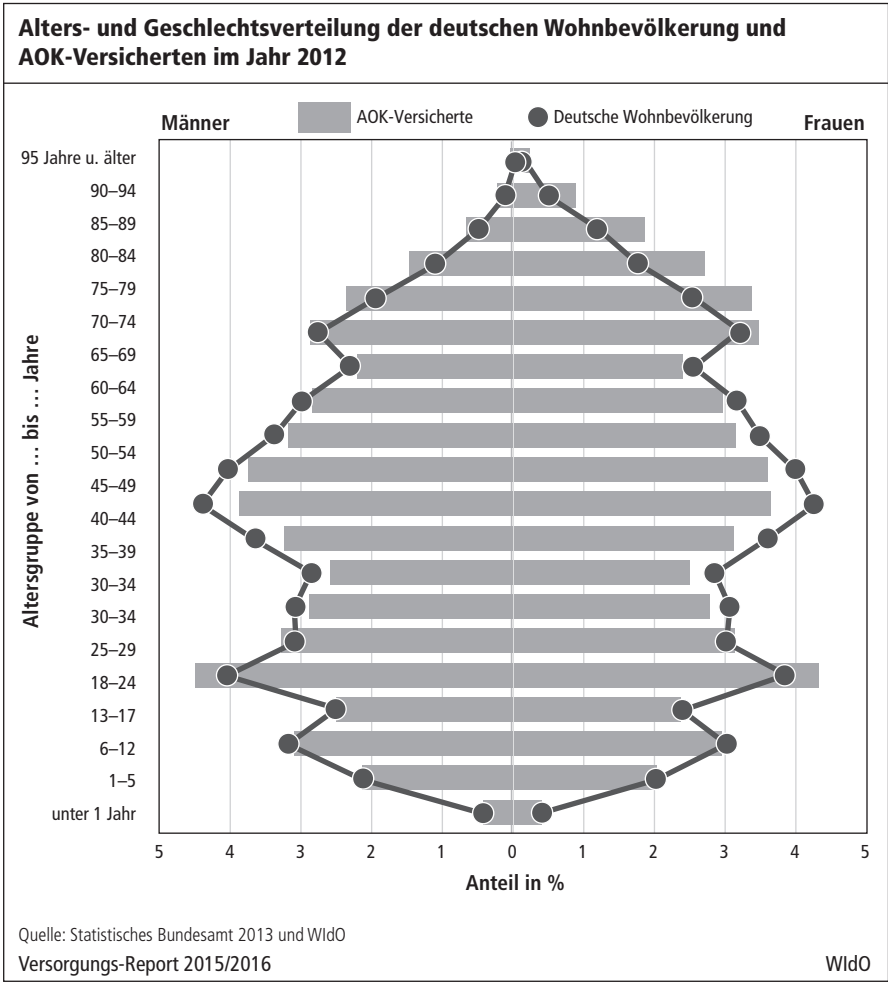
18.3 Methoden

18.3.1 Alters- und Geschlechtsstandardisierung

Die Alters- und Geschlechtsstruktur der AOK-Versicherten unterscheidet sich teilweise von der der bundesdeutschen Wohnbevölkerung. So liegt der Anteil der Frauen im Alter von 30 bis 49 Jahren bei AOK-Versicherten unter dem Bundesdurchschnitt, während die 70- bis 89-jährigen Frauen in der AOK überproportional häufig vertreten sind (Abbildung 18–1). Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der Männer, wenngleich die Differenz zur deutschen Wohnbevölkerung bei ihnen geringer ausfällt als bei den Frauen.

Da diese Merkmale einen Einfluss auf Morbidität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben, wurde im Versorgungs-Report zur Berechnung verschiedener Kennzahlen (z. B. Behandlungsprävalenzen und Inzidenzen) eine direkte Alters- und Geschlechtsstandardisierung vorgenommen (Kreienbrock et al. 2012). Dabei wurden für die AOK-Versicherten die entsprechenden Kennzahlen in Geschlechts- und Altersklassen berechnet und mit der Geschlechts- und Alterszu-

Abbildung 18-1



sammensetzung der deutschen Wohnbevölkerung gewichtet⁴. Es wurden die in Abbildung 18-1 gezeigten Altersklassen genutzt. Bei alters- und geschlechtsübergreifenden Darstellungen wurden die derartig gewichteten Kennzahlen entsprechend aufsummiert. Die berechneten Maßzahlen sind bezüglich Alters- und Geschlechtsstruktur auf die der deutschen Wohnbevölkerung übertragbar.

In regionalisierten Darstellungen – beispielsweise von Behandlungsprävalenzen eines Jahres – wurde die Vergleichbarkeit der einzelnen Regionen hergestellt, indem auch hier die Alters- und Geschlechtsstruktur in ganz Deutschland zugrunde

⁴ Die deutsche Wohnbevölkerung betrug am 31.12.2012 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 80 523 746 Personen.

gelegt und auf die deutsche Wohnbevölkerung standardisiert wurde. Morbiditätsunterschiede zwischen Regionen sind somit nicht auf demografische Unterschiede zurückzuführen (Aussagebeispiel aus Kapitel 9 dieses Bandes: Wenn man allen Bundesländern die Alters- und Geschlechtsstruktur der deutschen Wohnbevölkerung unterstellt, dann ist Sachsen das Bundesland mit den wenigsten Tonsillektomien und Tonsillotomien (25 Eingriffe je 10 000 Einwohner)).

Bei der Betrachtung mehrerer Jahre wird die Alters- und Geschlechtsadjustierung in Abhängigkeit von der Fragestellung vorgenommen. Standardpopulation ist in der Regel die des jeweiligen Auswertungsjahres (bei rein deskriptiven Fragestellungen wie beispielsweise: „Wie viele Tonsillotomien wurden pro Jahr durchgeführt?“). Sollen Alterungseffekte herausgerechnet werden (bei Fragen wie: „Ist ein Anstieg bestimmter Leistungsereignisse, z. B. Rückenoperationen, auch unabhängig vom Alterungseffekt zu beobachten?“) ist die Standardpopulation für alle Jahre die des ersten Beobachtungsjahres.

Regionale Unterschiede in den betrachteten Kennzahlen können mittels Alters- und Geschlechtsadjustierung jedoch nicht vollständig ausgeräumt werden. Es gibt weitere Einflussfaktoren auf Krankheitslast und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die sich bei AOK-Versicherten möglicherweise von denen der deutschen Wohnbevölkerung unterscheiden. Trotz Standardisierung ist bei der Hochrechnung auf die deutsche Wohnbevölkerung somit eine Über- oder Unterschätzung der betrachteten Maßzahlen denkbar.

18.3.2 Kennzahlen für Behandlungshäufigkeiten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die Jahresprävalenz einer Erkrankung bzw. eines Behandlungsanlasses wurde definiert als die Anzahl aller Personen der Analysepopulation (d. h. Personen mit der Zieldiagnose; siehe auch Abschnitt 18.2.1) bezogen auf alle Versicherten mit mindestens einem Versichertentag im jeweiligen Auswertungsjahr. Bei der Berechnung alters- oder geschlechtsstratifizierter Behandlungsprävalenzen wurden ausschließlich Versicherte der interessierenden Altersgruppe bzw. des interessierenden Geschlechts berücksichtigt. Da die Behandlungsprävalenz von der Kodierqualität der Diagnosestellungen abhängt, kann eine Über- oder Unterschätzung der tatsächlichen Morbidität nicht ausgeschlossen werden (siehe Abschnitt 18.4). Dieser Quotient ist daher als dokumentierte Behandlungsprävalenz bzw. administrative Prävalenz zu interpretieren.

Zur Berechnung der Inzidenz wurden im Nenner alle Versicherten berücksichtigt, die in einem definierten Vorzeitraum keine Zieldiagnosen aufwiesen und damit potenziell „unter Risiko“ standen, im Berichtsjahr erstmals eine entsprechende Zieldiagnose zu erhalten. Der Zähler umfasst alle Personen der oben beschriebenen Teilmenge, bei denen im Berichtsjahr erstmals die Zielerkrankung diagnostiziert wurde. Die Definition des Vorzeitraumes wurde dabei vom Krankheitsverlauf abgeleitet: Vorkalenderjahresfreiheit bei kontinuierlichem Verlauf (z. B. Autismus, siehe Kapitel 7), Diagnosefreiheit in einem individuell vor der Erstdiagnose liegenden Zeitraum bei episodenhaftem Verlauf (z. B. Depression, Kapitel 15 und 16).

Die Versorgung von Patientengruppen wird im Wesentlichen anhand folgender Kennzahlen beschrieben:

- Behandlungsraten (Anteil Patienten mit Behandlung in einem Leistungsbereich an der Gesamtpopulation)
- Menge in Anspruch genommener Gesundheitsleistungen (z. B. Abrechnungsfälle, Wirkstoffdosen, Heilmittelleistungen, diagnostische Maßnahmen)

Behandlungsraten und Kennzahlen zur Inanspruchnahme werden – nach Leistungsbereichen gegliedert – in Teil B erläutert, dort finden sich u. a. auch erkrankungsspezifische Angaben zur Leistungsinanspruchnahme auf Bundesebene (inklusive Lesebeispiel), um bei Bedarf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung durch Patienten mit Erkrankung zu vergleichen und einordnen zu können.

18.3.3 Kostenkalkulation

In den Kostenbetrachtungen werden berücksichtigt:

- Ausgaben für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung (nur abgeschlossene Fälle)
- Umsatz aller Arzneiverordnungen für Fertigarzneimittel zulasten der GKV (Bruttoumsatz inklusive Zuzahlung durch den Versicherten/Apothekenverkaufspreis)
- Umsatz aller Heilmittelleistungen (inklusive Zusatzleistungen)
- Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung wurden wie folgt ermittelt: Umrechnung der angeforderten Punkte durch Multiplikation mit dem rechnerischen regionalen Punktwert aus dem Formblatt 3 ohne Berücksichtigung von Korrekturen nach Honorarverteilungsverträgen oder etwaiger Abzüge (daher nur approximativ zu verstehen); Hinzurechnung der in Euro ausgewiesenen Sachkosten aus kollektivvertraglicher Vergütung sowie der Eurobeträge aus selektivvertraglichen Leistungen, inklusive sog. kontaktunabhängiger Pauschalen.

Aufgrund der intersektoralen Analyseperspektive bei der Selektion von Untersuchungspopulationen wurden in den Ergebnissen der Einzelbeiträge immer sämtliche Abrechnungsfälle der Zielpatienten einbezogen, auch solche, die in keinem direkten Zusammenhang mit einer Zielerkrankung stehen. Auf diese Weise wurden in allen Darstellungen auch die Leistungen und Aufwendungen für Komorbidität mit abgebildet.⁵

⁵ Eine Zuordnung von Diagnosen zu abgerechneten Leistungen – und damit eine Annäherung an die mit der Erkrankung direkt im Zusammenhang stehenden Leistungen und Kosten – ist am ehesten im stationären Bereich möglich, wenn man die Leistungen der Hauptdiagnose zurechnet. Für die ambulante Versorgung kann zurzeit keine solche Zuordnung vorgenommen werden. Zwischen den vom Arzt abgerechneten Leistungen und den dokumentierten Diagnosen kann aufgrund der Datenstruktur (nach § 295 SGB V) kein Bezug hergestellt werden: Während die Leistungen (EBM-Ziffern) mit dem Datum der Leistungserbringung versehen sind, werden Diagnosen lediglich pro Quartal dokumentiert. Bei den Arzneimitteln bestehen ebenfalls Restriktionen, die eine solche Zuordnung erschweren. Die Wirkstoffe in Arzneimitteln helfen nicht selten bei mehreren Krankheiten und werden nicht spezifisch zur Behandlung einer einzigen Erkrankung eingesetzt. Auch hier muss deshalb offen bleiben, welcher Erkrankung die Kosten für ein Medikament zuzurechnen wären.

18.4 Limitationen und Validität von AOK-Routinedaten

Die Abrechnungsdaten von mehr als 25 Mio. AOK-Versicherten geben die Chance, sektorenübergreifend Langzeitverläufe von großen Populationen ohne regionale Eingrenzung und ohne Beschränkung auf einen einzelnen Leistungssektor zu analysieren. Dennoch sind Limitationen dieser Daten bei der Interpretation der im Versorgungs-Report dargestellten Auswertungen zu beachten. Zu nennen ist vor allem die Verlässlichkeit der Diagnosedokumentation durch die Leistungserbringer, deren dokumentierte Behandlungsmorbidität aus folgenden Sachverhalten Abweichungen zur wahren Prävalenz von Erkrankungen aufweisen kann:

- Über Diagnosenennungen können bestenfalls therapierte Erkrankte ermittelt werden. Erkrankte ohne Arztkontakt bleiben unerkannt.
- Diagnosen können fehlerhaft nach der ICD-Systematik verschlüsselt werden.
- Bei multimorbiden Patienten können bei konkurrierenden Diagnosen tatsächlich vorliegende Erkrankungen ungenannt bleiben, wenn nur die vergleichsweise „höherwertige“ Diagnose aufgezeichnet wird.
- Aus Gründen praxisinterner Abläufe können im ambulanten Bereich möglicherweise Diagnosen ungewollt über mehrere Abrechnungsquartale hinweg fortgeführt werden, obwohl eine Erkrankung nicht mehr besteht.
- Diagnosestellungen haben oftmals eine legitimatorische Funktion in der jeweiligen Vergütungssystematik. Sie bezeichnen primär den Beratungs- und Behandlungsanlass und begründen das weitere ärztliche Handeln. Insofern spiegeln sie nur bedingt die im epidemiologischen Sinne tatsächliche oder wahre Prävalenz wider. Die im stationären Bereich intensiv auf Diagnosen- und Prozedurangaben absichernde Abrechnungsprüfung wirkt dem z. T. entgegen. Für die von niedergelassenen Ärzten dokumentierten Diagnosen gibt es eine derartige Validierung derzeit nicht.
- Die Dokumentation von Diagnosen durch hausärztlich tätige Ärzte kann relativ unscharf sein, denn für Hausärzte ist das endstellige Kodieren nicht obligatorisch. So können Symptome zum Teil nur als dreistellige ICD-10-Kodes verschlüsselt werden und bei den Krankheiten können die meist fünfstelligen ICD-Kodes auf vierstelligen Angaben beschränkt werden. Außerdem erfordern einige Praxisinformationssysteme nur eine dreistellige ICD-Dokumentation und ergänzen in der vierten Stelle des Codes automatisch eine .9 (nicht näher bezeichnet).

Zwar lässt sich die Häufigkeit fehlerhaft verschlüsselter Diagnosen unter Hinzuziehung diagnosevalidierender Merkmale wie Diagnoseherkunft (stationär oder ambulant), Dokumentationsdauer, Medikation erkrankungsspezifischer Wirkstoffe oder – je nach Fragestellung – weiterer Merkmale verringern. Unterschiede zwischen den in Routinedaten und in Surveys ermittelten Häufigkeiten dürften aber in vielen Fällen bestehen bleiben (Gerste und Gutschmidt 2006). Außerdem basieren die empirischen Analysen auf Daten von AOK-Versicherten, die soziodemografische Unterschiede zu anderen Krankenkassen aufweisen (Hoffmann und Icks 2012; Schnee 2008) und keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben (Jaunzeme et al. 2013). Insofern kann die Übertragbarkeit von Behandlungsprävalenzen auf die deutsche Wohnbevölkerung trotz der vorgenommenen Alters- und Geschlechtsstandardisierung eingeschränkt sein.

Neben der Frage der Validität dokumentierter Diagnosedaten dürfen auch Einschränkungen in weiteren Leistungsdaten nicht unerwähnt bleiben:

- In den Routinedaten fehlen individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), deren Umfang in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist (Zok 2015).
- Im vertragsärztlichen Bereich können durch regionale selektivvertragliche Vereinbarungen (z. B. in der hausarztzentrierten Versorgung) Leistungen außerhalb der kollektiven vertragsärztlichen Versorgung nach § 295 SGB V erbracht und abgerechnet werden. Diese Leistungen sind in der Regel in allen Analysen des Versorgungs-Reports berücksichtigt (z. B. Menge oder Kosten). Sobald jedoch gezielt ganz bestimmte einzelne ärztliche Leistungen (auf Basis von Gebührenordnungsziffern) ausgewertet werden, bleiben selektivvertraglich vereinbarte Leistungen ausgeklammert.
- In den Arzneimittelverordnungsdaten sind nur die von niedergelassenen Vertragsärzten verordneten, in öffentlichen Apotheken eingelösten und mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten Arzneimittelrezepte berücksichtigt. Wenn Patienten Medikamente in der Apotheke selbst bezahlen, dann liegt der Krankenkasse darüber keine Information vor, obwohl die Leistung selbst im GKV-Leistungskatalog enthalten sein kann. Dies ist relativ häufig bei sogenannten OTC-Präparaten (Over the Counter) der Fall, wenn – wie bei der Acetylsalicylsäure – der Packungspreis unterhalb des Zuzahlungsbetrags liegt; es ist seltener der Fall, wenn ein Versicherter einen Selbstbehalt-Tarif seiner Krankenkasse gewählt hat und aufgrund dessen eine Verordnung selbst bezahlt.
- Es liegen keine Informationen darüber vor, welche Arzneimitteln im Rahmen stationärer Aufenthalte verabreicht wurden.
- Wenn Rezepte beim automatischen Einscannen in den Apothekenrechenzentren unlesbar sind, kann keine Verzahnung mit anderen Leistungen eines Versicherten geschehen. Die keinem Versicherten zuordenbaren Arzneimittelleistungen bleiben in den Analysen unberücksichtigt.
- Rehabilitationsmaßnahmen werden überwiegend zulasten der Rentenversicherung erbracht; sie sind in den Krankenkassendaten nur dann vorhanden, wenn die Krankenkasse der Kostenträger einer Reha-Maßnahme ist. Bei den Rentnern dürften die Krankenkassen hauptsächlicher Rehaträger sein. Rehadaten werden der Vollständigkeit halber in einzelnen Monitoring-Beiträgen berichtet, sind zur Beurteilung der Versorgung jedoch nicht nutzbar.

Ungeachtet dieser Einschränkungen hat die Nutzung von Routinedaten für die Versorgungsforschung stetig an Relevanz gewonnen, da sie die realen GKV-Leistungsausgaben vollständig, systematisch über das gesamte Behandlungs- und Arzneimittelspektrum und für einen Großteil der deutschen Wohnbevölkerung widerspiegeln. In seiner sektorübergreifenden und längsschnittlichen Perspektive versteht sich der seit 2011 erscheinende Versorgungs-Report daher als Beitrag, wesentliche Entwicklungen im Leistungsgeschehen aufzuzeigen.

Teil B – Ergebnisse

18.5 Behandlungsprävalenzen

Im Folgenden werden Behandlungsprävalenzen für die häufigsten Erkrankungen bzw. Behandlungsanlässe des Jahres 2012 dargestellt. Unterschieden wird dabei zwischen Einzeldiagnosen basierend auf den dreistelligen Schlüsselnummern des ICD-10-GM (Abschnitt 18.5.1) und zwischen Diagnosegruppen (Abschnitt 18.5.2). Die Daten dafür beruhen auf den stationär gestellten oder – wenn keine Krankenhausbehandlung vorlag – auf ambulant dokumentierten gesicherten Diagnosen. Wie in Abschnitt 18.2.1 beschrieben, wurden chronische Erkrankungen im ambulanten Bereich nur dann gewertet, wenn sie in mehr als einem Quartal dokumentiert wurden.

18.5.1 Die häufigsten Erkrankungen und Behandlungsanlässe nach Einzeldiagnosen

Alle im Jahr 2012 dokumentierten Einzeldiagnosen bzw. Behandlungsanlässe⁶ mit mehr als hochgerechnet 1 000 Betroffenen sind im Internetportal des Versorgungs-Reports in Tabelle 18–2 dargestellt⁷. Die Buchversion von Tabelle 18–2 listet lediglich die 100 häufigsten Einzeldiagnosen in der Reihenfolge der entsprechenden Jahresprävalenzen in der Gesamtbevölkerung auf. Die Abweichung zum Jahr 2011 ist ebenfalls dargestellt und erlaubt es, kurzfristige Schwankungen in den Behandlungsprävalenzen zu beurteilen. Die außerdem in Tabelle 18–2 gezeigten alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen werden im Anhang (Tabelle 18-a bis 18-e) erneut aufgegriffen, umsortiert und mit den alters- bzw. geschlechtsspezifischen Hospitalisierungsraten in der jeweiligen Untergruppe (männlich/weiblich sowie 1–17/18–59/60+ Jahre) ergänzt. Aus Platzgründen sind für diese Untergruppen allerdings nur die häufigsten Behandlungsanlässe dargestellt.

Rückenschmerzen (ICD-10 M54) stellten mit 25,1 % die häufigste dokumentierte Einzeldiagnose der deutschen Wohnbevölkerung dar (Tabelle 18–2). In der Rangliste folgen die essentielle (primäre) Hypertonie (ICD-10 I10) mit einer Behandlungsprävalenz von 24,7 % und die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (ICD-10 Z12), die bei 19,3 % der Bevölkerung zur Anwendung kamen.

6 Der ICD-10-GM systematisiert nicht nur die Krankheitsarten, sondern enthält auch Schlüsselnummern z. B. für besondere Zwecke (die U-Schlüsselnummern) oder die sog. Z-Diagnosen, die die Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, charakterisieren. Mit diesen Schlüsselnummern werden etwa Nachuntersuchungen oder Verfahren zur Abklärung von Verdachtsdiagnosen sowie Vorsorgeuntersuchungen, notwendige Impfungen, pränatales Screening oder Geburten erfasst. Derartige Maßnahmen können auch gesunde Personen in Anspruch nehmen. Sie sind fester Bestandteil des ICD-10-GM und in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen ebenfalls enthalten. Sie spiegeln nicht unbedingt die Morbidität wider, stellen aber doch eine Inanspruchnahme des Gesundheitswesens dar. Daher wurde entschieden, sie in den Tabellen mit aufzuführen.

7 Das Internetportal zum Versorgungs-Report ist unter folgender Adresse abrufbar: www.versorgungs-report-online.de.

Tabellen 18–2 und 18–3: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Rang: Rangposition in der „Hitliste“ der häufigsten Erkrankungen

ICD-10: Dreistellige ICD-Schlüsselnummer nach ICD-10-GM. Es wurden auch ICD-Schlüsselnummern eingeschlossen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen und nicht als Krankheit oder Verletzung klassifizierbar sind („Z-Diagnosen“).

Diagnose bzw. Behandlungsanlass: Klartextbeschreibung der ICD-Schlüsselnummer.

Prävalenz gesamt: Häufigkeit der Diagnose im Jahr 2012 insgesamt in der Bevölkerung. Anteil aller mit der Diagnose behandelten Personen an allen 82 Mio. Deutschen.

Abweichung Vorjahr (in %-Punkten): Abweichung der Prävalenz gesamt (aus der vorangehenden Spalte) zum Vorjahr in Prozentpunkten.

Prävalenz männlich: Diagnosehäufigkeit in der männlichen Bevölkerung. Anteil der erkrankten männlichen Personen an allen männlichen Personen.

Prävalenz weiblich: Diagnosehäufigkeit in der weiblichen Bevölkerung. Anteil der erkrankten weiblichen Personen an allen weiblichen Personen.

Prävalenz 1–17 Jahre: Diagnosehäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Anteil aller erkrankten Kinder und Jugendlichen an allen Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Neugeborene bis unter 1 Jahr werden aufgrund der besonderen Situation bei der Versorgung von Säuglingen/Frühgeborenen nicht berücksichtigt.

Prävalenz 18–59 Jahre: Diagnosehäufigkeit bei Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters von 18 bis unter 60 Jahren.

Prävalenz 60 und mehr Jahre: Diagnosehäufigkeit bei älteren Erwachsenen ab 60 Jahren.

Hospitalisierungsrate allgemein: Anteil der Personen, die im Jahr 2012 in stationärer Behandlung waren. Dabei werden alle Krankenhausaufenthalte gezählt, nicht nur die, die auf die betrachtete Erkrankung in der Zeile zurückzuführen sind.

Hospitalisierungsrate mit dieser Hauptdiagnose: Anteil der Personen, die im Auswertungsjahr mit dieser Hauptdiagnose mindestens einmal in stationärer Behandlung waren (d. h. diese Diagnose stellt den stationären Behandlungsanlass dar).

Tabelle 18–2

Prävalenzen und Hospitalisierungsraten für die 100 häufigsten Behandlungsdiagnosen nach ICD-Dreistellern 2012

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)						Hospitalisierungsraten gesamt (in %)		
			Gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	Allg.	Mit dieser Hauptdiagnose
1	M54	Rückenschmerzen	25,1	–0,6	22,3	27,8	3,4	27,1	34,3	21,2	1,0
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	24,7	0,2	22,7	26,6	0,2	14,0	62,0	25,9	1,2
3	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	19,3	–1,0	7,0	31,0	0,4	22,9	23,1	18,4	0,0
4	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15,7	–0,7	15,3	16,0	35,3	14,9	5,5	14,1	0,3
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	15,2	–0,1	14,3	16,2	26,9	9,8	17,8	17,4	0,0
6	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	14,7	0,0	14,2	15,2	0,1	8,5	36,6	24,8	0,0
7	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	11,7	–2,0	10,4	13,0	8,3	5,5	27,1	23,4	0,0
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10,2	–0,3	6,2	14,1	10,5	11,2	8,0	25,8	1,9
9	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	9,4	–0,3	0,0	18,4	1,9	13,7	4,8	18,5	0,0
10	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	9,1	0,2	9,1	9,1	0,0	3,9	25,5	30,2	2,6
11	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,0	–0,3	6,2	9,8	0,7	8,0	12,5	22,5	0,4
12	K29	Gastritis und Duodenitis	7,7	–0,2	6,8	8,6	1,8	7,8	11,1	26,9	2,4
13	J20	Akute Bronchitis	7,6	–0,8	7,4	7,7	14,2	6,6	5,6	18,7	1,7
14	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	7,5	0,1	5,8	9,1	0,0	3,7	20,0	29,1	3,1
15	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	7,3	0,2	2,3	12,1	2,8	8,4	7,6	19,8	0,1
16	E66	Adipositas	7,2	0,0	5,7	8,5	2,4	5,9	12,7	25,0	0,2
17	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,1	–0,1	6,0	8,3	2,3	8,2	7,6	20,4	0,0
18	F32	Depressive Episode	7,0	0,1	4,4	9,4	0,3	6,6	11,9	29,4	2,1
19	L30	Sonstige Dermatitis	6,9	–0,3	6,2	7,7	7,5	5,6	9,4	20,9	0,2
20	E04	Sonstige nichttoxische Struma	6,9	0,0	3,3	10,5	0,5	6,0	12,7	22,1	1,1
21	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	6,7	–0,4	0,0	13,2	3,1	11,0	0,1	15,1	0,0
22	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	6,7	0,1	6,9	6,5	11,6	7,3	2,6	19,2	3,1

Tabelle 18–2

Fortsetzung

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)							Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
			Gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	Allg.	Mit dieser Hauptdiagnose
23	I83	Varizen der unteren Extremitäten	6,4	–0,1	3,5	9,2	0,0	4,2	14,9	25,8	1,7
24	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,3	–0,2	5,3	7,3	5,7	2,5	14,9	23,9	0,0
25	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,2	0,0	5,5	6,9	2,1	6,3	8,6	24,1	0,6
26	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	6,2	0,0	7,3	5,2	0,0	1,6	19,8	38,2	3,4
27	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	6,2	0,1	5,8	6,6	0,3	5,1	12,0	27,8	0,9
28	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6,1	0,1	6,0	6,3	0,1	6,2	9,7	26,8	3,0
29	N95	Klimakterische Störungen	6,0	–0,2	0,0	11,7	0,0	4,8	12,0	20,0	0,2
30	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,8	–0,1	2,7	8,9	2,5	4,6	10,6	30,7	2,8
31	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5,8	–0,7	6,0	5,6	9,2	4,9	6,0	22,9	0,1
32	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5,7	–0,2	5,2	6,3	7,1	6,4	3,6	15,2	0,0
33	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	5,7	–0,2	5,5	5,9	14,5	3,6	3,7	15,9	0,0
34	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,5	0,0	4,1	6,7	2,1	5,6	7,3	24,4	0,9
35	M47	Spondylose	5,3	0,0	4,4	6,2	0,0	3,3	12,7	28,2	1,1
36	H10	Konjunktivitis	5,0	–0,2	4,5	5,4	10,1	3,5	4,9	18,2	0,0
37	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	4,9	–0,1	4,9	5,0	3,7	3,3	9,1	22,5	0,1
38	M77	Sonstige Enthesopathien	4,8	–0,1	3,9	5,6	0,6	5,5	5,8	18,7	0,2
39	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	4,7	0,2	3,7	5,7	0,2	0,9	15,5	36,8	0,0
40	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	4,7	–0,5	4,1	5,2	12,1	2,5	4,2	16,1	0,0
41	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,6	0,2	5,2	4,2	0,2	5,9	4,6	26,3	0,0
42	E03	Sonstige Hypothyreose	4,6	0,3	1,9	7,1	1,1	4,7	6,6	22,7	0,0
43	M75	Schulterläsionen	4,5	0,0	4,3	4,8	0,1	4,2	7,9	24,5	3,1
44	J45	Asthma bronchiale	4,5	0,0	4,0	5,1	5,0	4,2	5,1	21,4	0,6
45	J03	Akute Tonsillitis	4,5	–0,2	4,2	4,8	13,1	4,0	0,8	14,2	0,7

Tabelle 18–2

Fortsetzung

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)						Hospitalisierungsrate gesamt (in %)		
			Gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	Allg.	Mit dieser Hauptdiagnose
46	D22	Melanozytennävus	4,5	–0,2	3,8	5,2	2,8	4,8	5,0	16,5	0,1
47	J02	Akute Pharyngitis	4,5	–0,2	4,0	4,9	10,0	4,4	1,7	15,0	0,1
48	H26	Sonstige Kataraktformen	4,5	0,0	3,7	5,3	0,1	0,9	14,8	29,3	0,4
49	R51	Kopfschmerz	4,5	–0,2	3,7	5,3	5,6	5,1	2,6	19,0	0,8
50	F45	Somatoforme Störungen	4,5	0,1	2,8	6,1	0,5	4,4	7,0	27,3	1,2
51	M19	Sonstige Arthrose	4,4	0,1	3,7	5,0	0,0	2,7	10,5	28,6	1,1
52	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	4,2	0,1	3,1	5,2	0,8	3,4	7,8	34,9	0,3
53	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	4,2	0,0	3,6	4,7	0,0	1,7	12,0	32,4	4,1
54	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	4,1	–0,2	3,2	5,0	4,7	4,1	3,9	19,7	0,8
55	H25	Cataracta senilis	4,1	–0,1	3,4	4,8	0,0	0,7	13,8	28,9	2,1
56	N40	Prostatahyperplasie	4,1	0,0	8,4	0,0	0,0	1,3	12,4	30,8	1,7
57	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	4,0	0,1	4,4	3,6	0,7	2,1	10,0	35,0	5,9
58	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	4,0	0,0	5,0	3,0	0,0	1,9	10,9	28,8	0,0
59	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	3,9	–0,1	0,0	7,7	2,8	5,9	0,6	14,7	0,2
60	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	3,9	–0,2	4,0	3,9	12,6	3,0	0,8	13,8	0,4
61	R05	Husten	3,9	–0,1	3,5	4,3	9,9	2,6	3,3	18,0	0,1
62	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	3,9	0,1	3,1	4,6	3,7	3,3	5,5	20,7	0,4
63	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	3,8	–0,1	3,8	3,8	0,1	1,6	10,7	33,0	0,0
64	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	3,8	0,0	4,1	3,4	0,0	2,6	8,5	26,6	0,3
65	R42	Schwindel und Taumel	3,7	–0,1	2,7	4,7	1,0	3,1	6,7	29,3	1,9
66	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	3,7	–0,1	3,4	4,0	0,3	1,8	9,8	33,7	1,6
67	I84	Hämorrhoiden	3,7	–0,1	3,6	3,7	0,1	3,3	6,5	24,8	1,7

Tabelle 18–2

Fortsetzung

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)							Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
			Gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	Allg.	Mit dieser Hauptdiagnose
68	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	3,7	–0,3	0,0	7,1	1,3	4,9	2,5	20,6	0,2
69	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	3,5	–0,1	3,0	4,0	8,7	2,7	2,2	15,7	0,3
70	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	3,4	–0,1	0,0	6,7	1,4	5,6	0,0	16,9	0,9
71	J32	Chronische Sinusitis	3,3	–0,1	2,9	3,8	2,6	4,1	2,2	18,8	2,0
72	R11	Übelkeit und Erbrechen	3,3	–0,1	2,8	3,8	8,5	2,5	1,8	25,1	1,1
73	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	3,3	–0,3	3,1	3,5	7,1	2,5	2,6	13,6	0,0
74	H91	Sonstiger Hörverlust	3,2	–0,1	3,2	3,2	1,2	1,6	7,8	27,8	0,5
75	H90	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	3,2	0,1	3,2	3,2	1,1	1,6	8,0	27,8	0,2
76	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	3,1	0,0	3,0	3,2	9,6	2,2	1,0	15,5	0,1
77	I50	Herzinsuffizienz	3,1	0,0	2,8	3,4	0,0	0,5	10,4	46,9	14,3
78	R06	Störungen der Atmung	3,1	0,0	3,0	3,1	2,0	2,4	5,1	35,0	1,5
79	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	3,0	0,2	3,2	2,8	0,2	1,0	8,9	43,4	0,0
80	I70	Atherosklerose	2,9	0,2	3,2	2,7	0,0	0,9	9,1	39,3	7,5
81	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	2,9	0,2	3,0	2,8	0,0	0,5	9,8	48,2	8,9
82	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,9	0,0	2,7	3,1	2,8	2,9	2,9	27,8	6,5
83	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	2,9	0,0	0,9	4,8	0,0	0,6	9,4	32,7	0,1
84	I87	Sonstige Venenkrankheiten	2,9	0,0	1,7	4,0	0,0	1,7	7,0	28,7	0,3
85	G47	Schlafstörungen	2,8	0,1	2,8	2,9	0,3	1,9	6,3	32,9	3,7
86	J01	Akute Sinusitis	2,8	–0,2	2,3	3,3	2,6	3,6	1,4	16,4	0,3
87	H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	2,8	0,0	2,6	2,9	0,7	2,2	5,2	23,2	0,2
88	H04	Affektionen des Tränenapparates	2,8	0,0	1,9	3,6	0,5	1,6	6,5	24,2	0,3
89	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	2,7	–0,3	2,8	2,6	11,5	1,2	0,7	17,6	0,4
90	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	2,7	0,1	2,0	3,3	2,0	2,1	4,4	21,4	0,3

Tabelle 18–2

Fortsetzung

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)							Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
			Gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	Allg.	Mit dieser Hauptdiagnose
91	B35	Dermatophytose [Tinea]	2,7	0,0	2,8	2,6	1,0	2,3	4,5	21,5	0,0
92	H60	Otitis externa	2,6	–0,1	2,5	2,8	2,3	2,3	3,5	20,4	0,2
93	K80	Cholelithiasis	2,6	0,0	1,7	3,5	0,0	1,6	6,2	34,8	10,0
94	J31	Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	2,6	–0,1	2,5	2,7	6,1	1,6	2,3	20,4	0,0
95	H40	Glaukom	2,6	0,0	2,1	3,0	0,0	0,8	7,8	27,6	2,2
96	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	2,6	–0,2	2,5	2,6	9,0	1,5	1,1	16,6	0,8
97	L70	Akne	2,5	–0,1	1,7	3,4	4,1	3,2	0,2	12,3	0,0
98	F41	Andere Angststörungen	2,5	0,1	1,6	3,4	0,3	2,8	3,3	27,4	1,3
99	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	2,5	0,0	1,5	3,5	1,6	0,8	6,8	39,6	0,0
100	J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	2,5	–0,2	2,1	2,9	4,3	2,5	1,6	17,5	0,2

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Tabelle 18–3

Prävalenzen und Hospitalisierungsraten der häufigsten Diagnosegruppen 2012

Rang	ICD-10	Diagnosegruppen (ICD-Obergruppe gemäß ICD 10 GM, teilweise modifiziert*)	Prävalenz (in %)							Hospitalisierungsraten (in %)	
			Gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	Allg.	Mit dieser Hauptdiagnose
1	Z00-Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen	34,4	–0,5	20,8	47,4	30,0	32,8	38,6	18,6	0,2
2	M50-M54*	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens mit M48.0 Spinal(kanal)stenose	30,0	–0,5	26,7	33,1	3,9	31,5	42,6	21,3	1,6
3	I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	25,4	0,2	23,4	27,3	0,2	14,3	63,9	26,0	1,4
4	J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	24,5	–1,0	23,3	25,7	50,3	24,2	9,9	14,5	0,4
5	M00-M25	Arthropathien	23,6	0,0	20,5	26,5	6,9	18,1	45,3	24,4	3,3
6	Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten	21,7	–2,5	19,7	23,6	32,2	12,3	34,1	19,6	0,0
7	N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	18,7	–0,4	0,0	36,5	4,7	24,1	15,7	18,6	1,3
8	R50-R69	Allgemeinsymptome	17,1	–0,5	14,2	19,9	22,0	14,6	19,5	26,5	2,0
9	E70-E90*	Stoffwechselstörungen, ohne akute Zustände und nicht medizinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen	15,9	0,0	15,1	16,7	0,5	9,5	38,7	24,9	0,1
10	R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	14,9	–0,4	10,6	19,0	18,0	14,5	13,4	26,4	1,8
11	M70-M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	14,3	–0,2	12,6	16,0	3,3	14,6	20,4	22,1	1,7
12	E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse	13,5	0,4	6,3	20,4	1,9	12,3	23,0	22,2	1,0
13	K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	13,4	–0,1	12,2	14,5	2,6	12,4	22,1	27,2	2,9
14	J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	13,4	–0,4	12,6	14,2	20,2	13,2	9,9	18,7	2,8
15	L20-L30	Dermatitis und Ekzem	13,0	–0,5	11,0	15,0	18,4	10,5	14,7	19,9	0,3
16	I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	12,9	–0,2	9,2	16,4	1,7	9,6	26,5	26,8	2,0
17	R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	11,5	–0,2	10,8	12,1	15,9	9,1	14,1	26,1	2,7
18	H00-H22	Erkrankungen des vorderen Augenabschnitts	10,9	–0,3	9,2	12,5	12,3	7,4	17,2	20,9	0,4
19	I30-I52*	Sonstige Formen der Herzkrankheit, ohne I50 Herzinsuffizienz	9,6	0,1	9,3	10,0	1,1	4,6	25,6	34,9	5,5
20	D10-D36*	Gutartige Neubildungen, ohne solche an Gehirn oder endokrinen Drüsen	9,6	–0,2	7,4	11,7	4,1	9,6	12,8	20,9	2,6
21	E10-E14*	Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikationen	9,4	0,1	9,3	9,4	0,1	4,2	25,8	29,5	0,0
22	F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	8,9	0,2	5,8	11,9	1,9	9,5	11,9	26,9	2,3
23	F30-F39	Affektive Störungen	8,6	0,2	5,5	11,5	0,4	8,1	14,6	29,0	3,3
24	N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,3	–0,2	4,4	12,1	3,3	6,8	14,7	29,6	3,1
25	J20-J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	8,2	–0,8	8,0	8,4	15,5	7,1	6,0	18,7	2,0
26	H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	8,1	–0,1	7,7	8,5	4,9	5,1	16,3	24,9	0,4

Tabelle 18–3
Fortsetzung

Rang	ICD-10	Diagnosegruppen (ICD-Obergruppe gemäß ICD 10 GM, teilweise modifiziert*)	Prävalenz (in %)							Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
			Gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	Allg.	Mit dieser Hauptdiagnose
27	A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten	7,9	0,0	8,2	7,7	14,2	8,5	3,2	19,6	4,3
28	M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,8	-0,1	6,6	9,0	2,8	8,8	8,5	21,0	0,3
29	Z30-Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen	7,7	-0,3	0,1	15,0	3,2	12,7	0,1	20,6	7,6
30	H25-H28	Affektionen der Linse	7,7	-0,1	6,3	9,0	0,1	1,5	25,2	28,6	1,4
31	E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung	7,4	0,0	5,9	8,8	2,5	6,1	13,1	25,0	0,3
32	L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	6,7	-0,1	4,8	8,5	6,3	7,3	5,5	17,0	0,4
33	H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,6	-0,2	5,6	7,6	6,4	2,6	15,3	23,9	0,3
34	I20-I25*	Ischämische Herzkrankheiten, ohne akutes Koronarsyndrom	6,6	0,0	7,6	5,6	0,0	1,8	20,7	38,7	7,3
35	H60-H62	Krankheiten des äußeren Ohres	6,5	-0,2	6,3	6,7	5,5	4,8	10,8	21,7	0,1
36	T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	6,4	-0,8	6,6	6,3	9,8	5,3	7,0	23,5	0,1
37	B35-B49	Mykosen	6,0	-0,3	4,9	7,2	4,8	5,5	7,4	23,8	0,2
38	R40-R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	5,9	-0,1	4,6	7,2	3,9	4,6	9,8	29,9	1,8
39	N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	5,8	-0,1	11,9	0,0	4,2	2,6	13,7	27,7	2,5
40	M45-M49*	Spondylopathien, ohne M48.0 Spinal(kanal)stenose	5,8	0,0	4,8	6,7	0,0	3,7	13,6	29,0	3,2
41	R30-R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen	5,6	-0,1	4,7	6,5	2,7	3,2	12,6	34,3	0,7
42	Z40-Z54*	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen, ohne Dialyse Z49	5,6	0,5	5,3	6,0	3,5	3,9	10,6	37,1	1,0
43	L80-L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut	5,3	-0,1	4,3	6,3	3,1	3,6	10,1	28,4	1,0
44	M40-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	5,3	0,0	4,2	6,5	1,4	4,2	10,1	25,1	1,1
45	H65-H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	5,3	-0,3	5,1	5,5	15,7	3,4	3,2	17,2	1,0
46	I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	5,2	0,2	5,7	4,7	0,2	1,9	15,2	37,4	5,6
47	G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	4,9	-0,1	4,0	5,8	0,4	4,8	7,9	27,9	1,6
48	F10-F19*	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (nur F17)	4,6	0,2	5,2	4,2	0,2	5,9	4,6	26,3	0,0
49	I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	4,6	0,1	4,6	4,6	0,1	1,3	14,2	40,9	8,4
50	J40-J47*	Sonstige Krankheiten der unteren Atemwege, nur Asthma bronchiale (J45, J46)	4,5	0,0	4,0	5,1	5,0	4,2	5,1	21,5	0,7

Diese drei Diagnosen bzw. Behandlungsanlässe wiesen bereits in den Jahren 2007, 2008 und 2010 die höchste Prävalenz auf (Gerste und Günster 2011; 2012; 2014). Von essentieller (primärer) Hypertonie (ICD-10 I10) und Rückenschmerzen (ICD-10 M54) waren zugleich weite Bevölkerungsschichten betroffen. So gehörten beide Diagnosen bei Männern, Frauen, Erwachsenen jungen und mittleren Alters (18 bis unter 60 Jahre) sowie älteren Erwachsenen (ab 60 Jahre) zu den fünf häufigsten Diagnosen (Anhang 1, 2, 4 und 5). In der Allgemeinbevölkerung waren 21,2% aller Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen (ICD-10 M54) in stationärer Behandlung, in den meisten Fällen jedoch mit einer abweichenden Hauptdiagnose (Tabelle 18–2). Lediglich bei 1% aller Rückenschmerz-Patienten war diese Diagnose zugleich der primäre Behandlungsanlass bei einem stationären Krankenhausaufenthalt im Jahr 2012.

Personen der Altersgruppe 60 Jahre und älter wiesen zusätzlich zu den oben genannten Diagnosen altersspezifische Besonderheiten im Behandlungsspektrum auf (Anhang 5). So waren mit den ICD-10-Codes H52 (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler), H25 (Cataracta senilis) sowie H26 (Sonstige Kataraktformen) mehrere Augenerkrankungen unter den 20 häufigsten Behandlungsanlässen. Bei den Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) dominierten erwartungsgemäß akute Infektionen der oberen und unteren Atemwege wie beispielsweise akute Bronchitis (ICD-10 J20), akute Tonsillitis (ICD-10 J03) oder akute Pharyngitis (ICD-10 J02; Anhang 3). Auffällig war in dieser Altersgruppe auch die hohe Prävalenz von Symptomen und abnormen klinischen und Laborbefunden, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R-Diagnosen wie z. B. ICD-10 R50 Fieber sonstiger und unbekannter Ursache und R10 Bauch- und Beckenschmerzen).

Die meisten Erkrankungen bzw. Behandlungsanlässe wiesen in den Jahren 2011 und 2012 ähnliche Prävalenzen in der Gesamtbevölkerung auf. So betrug die Differenz zur Vorjahresprävalenz bei 93 der in Tabelle 18–2 dargestellten 100 Diagnosen weniger als 0,5 Prozentpunkte. Die größte Abweichung zeigte sich beim ICD-Schlüssel Z25, also bei der Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten. Für diesen Behandlungsanlass, zu dem beispielsweise die Notwendigkeit der Impfung gegen Grippe [Influenza] zählt, sank die Prävalenz von 13,7% im Jahr 2011 auf 11,7% im Jahr 2012.

18.5.2 Erkrankungen nach Diagnosegruppen

Eine komprimierte Sicht auf das Behandlungsgeschehen bietet der folgende Abschnitt, der nicht auf Einzeldiagnosen basiert, sondern die dokumentierte Morbidität in Deutschland nach Diagnosegruppen beschreibt. Die zugrunde liegende Tabelle 18–3 „Prävalenzen und Hospitalisierungsraten nach Diagnosegruppen 2012“ ist in der Langversion mit 1 553 Diagnosegruppen im Internet einsehbar⁸.

Die ICD-Obergruppen, wie sie in der offiziellen ICD-10-GM Klassifikation des DIMDI nach rein medizinischen Kriterien definiert sind, wurden hier nicht eins zu eins übernommen, sondern an einigen Stelle nach Häufigkeit des Auftretens und

⁸ Das Internetportal zum Versorgungs-Report ist unter folgender Adresse abrufbar: www.versorgungsreport-online.de.

Versorgungsaufwand modifiziert. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass sich in einigen Obergruppen häufig auftretende, aber gleichzeitig unproblematisch zu versorgende Erkrankungen zusammen mit solchen befinden, die seltener auftreten und aufwändig in der Versorgung sind. Diese Gruppen wurden entsprechend aufgeteilt oder einzelne Diagnosen einer anderen Obergruppe zugerechnet. Auf diese Weise sind 276 Obergruppen entstanden – die Modifikationen sind in Tabelle 18–3 und im Internetportal (Tabelle) mit einem Sternchen (*) am ICD-Code gekennzeichnet.

Die Gruppe „Stoffwechselstörungen“ (ICD E70 bis E90) wurde beispielsweise in vier Untergruppen geteilt, um zum einen akute Zustände, zum anderen nicht behandlungsbedürftige Erkrankungen differenzierbar zu machen.

- Laktoseintoleranz (E73) sowie Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (E79; asymptomatische Hyperurikämie) wurden als in aller Regel nicht medizinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen bzw. Labordiagnose gesondert dargestellt.
- Zystische Fibrose (E84; Mukoviszidose), zu deren Behandlung eine regelmäßige und dauernde ärztliche Betreuung notwendig ist, wurde ebenfalls gesondert dargestellt.
- Volumenmangel (E86) und sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87) wurden als akute Zustände oder Folgen einer Fehlernährung gesondert dargestellt.
- Die restlichen Diagnose-Dreisteller der ursprünglichen ICD-Obergruppe bilden nun die Gruppe „Stoffwechselstörungen, ohne akute Zustände und nicht medizinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen“.

Alle Personen wurden auf Basis ihrer dokumentierten Diagnosen den Obergruppen zugeordnet. Für Personen, die ausschließlich im niedergelassenen ärztlichen Sektor eine Zieldiagnose aufwiesen, wurde im Falle einer chronischen Erkrankung ein zusätzliches m2Q-Kriterium definiert: Diagnosen der betreffenden Obergruppen mussten in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahres 2012 zu finden sein.

Bei seltenen Diagnosegruppen wurde die Prävalenz aufgrund von Rundungen als 0,0 (d. h. <0,05) ausgewiesen. Gruppen mit weniger als hochgerechnet 1 000 Personen sind in der Tabelle nicht dargestellt.

Mit einer Prävalenz von 34,4 stellte die ICD-10-Obergruppe Z00-Z13 (Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen) den häufigsten Behandlungsanlass der deutschen Wohnbevölkerung im Jahr 2012 dar (Tabelle 18–3). In diese Obergruppe fallen beispielsweise Vorsorge- und Reihenuntersuchungen sowie Nachuntersuchungen nach Behandlung wegen bösartiger Neubildungen. Bei Frauen war die Prävalenz mehr als doppelt so hoch wie bei Männern, was u. a. durch die Inanspruchnahme gynäkologischer Vorsorgeuntersuchungen erklärbar ist. Erwartungsgemäß zeigte sich bei akuten Infekten eine starke Schwankung der Häufigkeit zum Vorjahr. Eine abnehmende Häufigkeit von einem bzw. 0,8 Prozentpunkten wurde beispielsweise bei akuten Infekten der oberen Atemwege (ICD-10 J00-J06) und bei sonstigen akuten Infektionen der unteren Atemwege (ICD-10 J20-J22) dokumentiert. Am deutlichsten waren jedoch die Veränderungen der Diagnosegruppen Z20-Z29 (Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten). Im Vergleich zum Vorjahr

sank die Prävalenz hierfür um 2,5 Prozentpunkte. Nur bei zehn der in Tabelle 18–3 dargestellten Diagnosegruppen wurden Prävalenzsteigerungen beobachtet. Dazu gehörten beispielsweise die Krankheiten der Schilddrüse (E00 und E07) mit einer Zunahme von 0,4 Prozentpunkten und einer Behandlungsprävalenz von 13,5.

18.6 Stationäre Behandlungen

Im Jahr 2012 wurden von 100 000 Einwohnern insgesamt 15 432 Personen mindestens einmal stationär behandelt (Tabelle 18–4); wobei mehrfache Krankenhausaufenthalte nicht gesondert ausgewertet wurden. Seit 2006 liegt der Anteil der Krankenhauspatienten bei den Frauen leicht über und bei den Männern leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Im gesamten Beobachtungszeitraum stellten Personen ab einem Alter von 60 Jahren die Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Hospitalisierungsrate dar. So hat sich im Jahr 2012 jede vierte ältere Person mindestens einer stationären Behandlung unterzogen. Sie wurden damit mehr als doppelt so oft in einer Klinik behandelt wie Erwachsene der Altersgruppe 18 bis 59 Jahre und dreimal häufiger als Kinder und Jugendliche.

Im Längsschnitt zeigt sich, dass die Zahl der stationär behandelten Personen zwischen 2006 und 2012 nahezu kontinuierlich um 10,6% zunahm (Abbildung 18–2). Leicht überdurchschnittliche Zunahmen waren bei den männlichen Patienten zu verzeichnen (+12,1%), während der Zuwachs bei den Frauen mit 9,4% leicht unter dem Durchschnitt lag. Der seit 2006 zu beobachtende Anstieg der Hospitalisierung betraf auch alle drei untersuchten Altersgruppen, hier insbesondere die Erwachsenen der Altersgruppe 18 bis 59 Jahre (10,8%). Bei den Kindern und Jugendlichen (1 bis 17 Jahre) zeigte sich dagegen ein diskontinuierlicher Verlauf der Hospitalisierungsraten, der auf zwei Perioden mit leicht sinkender Tendenz zurückzuführen war (2009 bis 2010 sowie 2011 bis 2012).

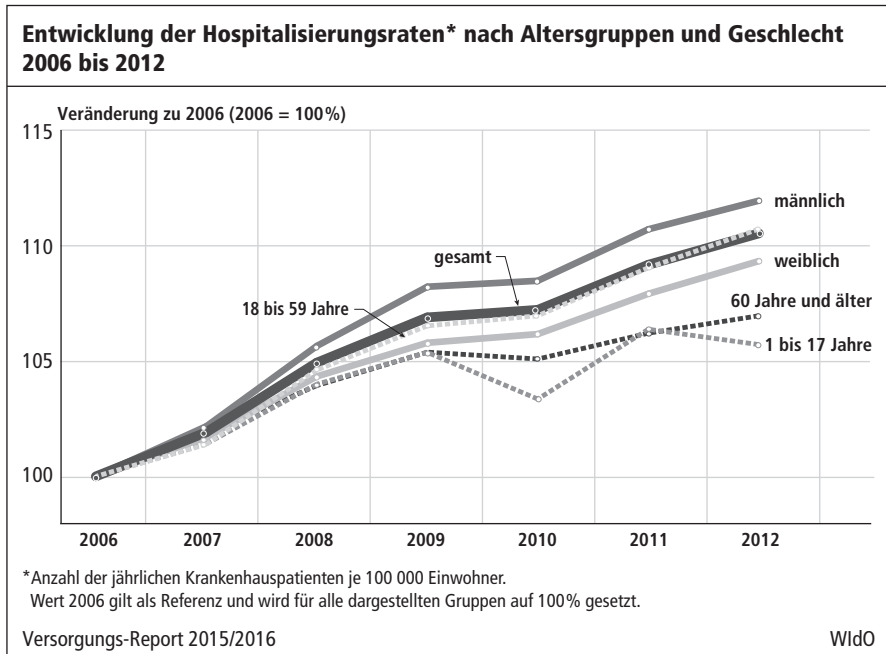
Große regionale Unterschiede konnten bei der Häufigkeit stationärer Aufenthalte beobachtet werden (Abbildung 18–3). Die maximale Anzahl von Krankenhausaupa-

Tabelle 18–4

Anzahl der jährlichen Krankenhauspatienten je 100 000 Einwohner 2006 bis 2012

Jahr	Gesamt	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 Jahre und älter
2006	13 951	13 022	14 842	7 808	11 133	24 076
2007	14 220	13 307	15 096	7 920	11 289	24 531
2008	14 644	13 764	15 491	8 123	11 651	25 033
2009	14 921	14 101	15 709	8 231	11 866	25 384
2010	14 966	14 136	15 765	8 072	11 914	25 310
2011	15 241	14 428	16 027	8 310	12 148	25 584
2012	15 432	14 591	16 238	8 258	12 337	25 765

Abbildung 18-2

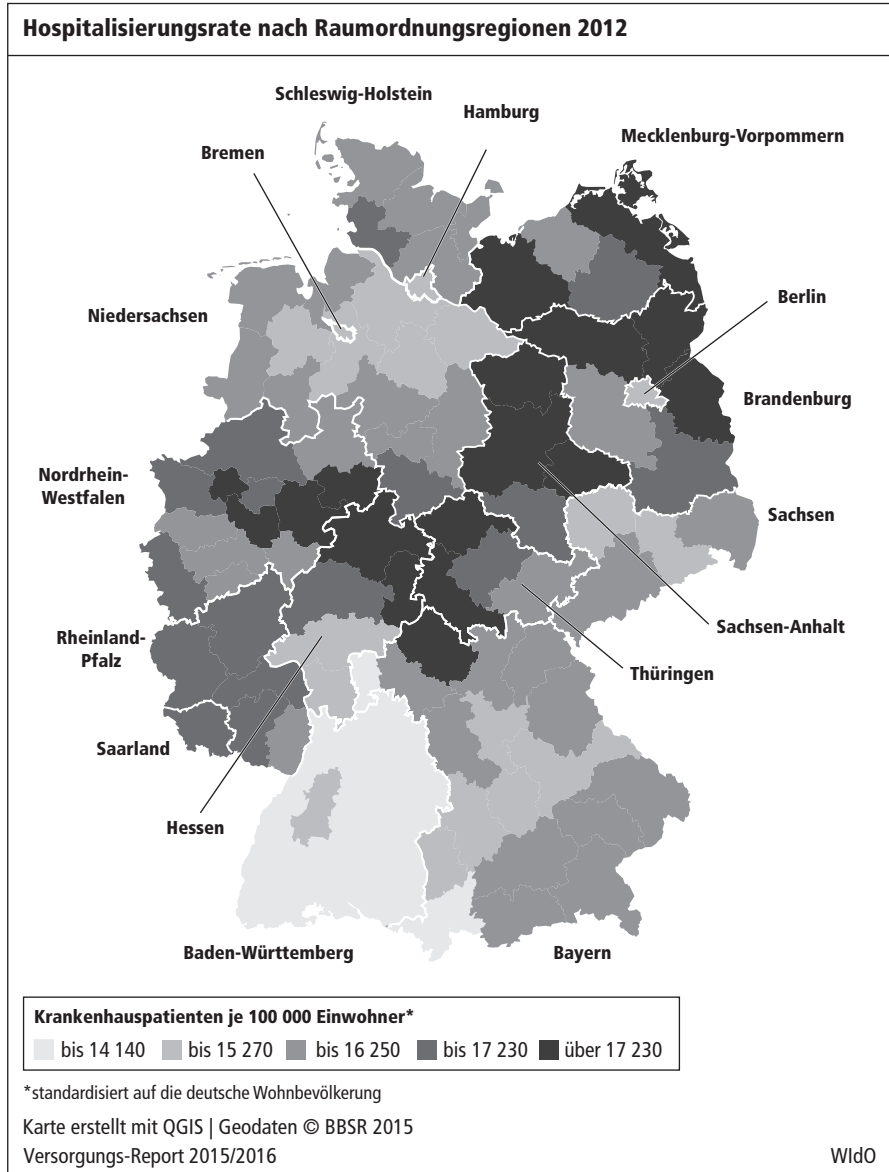


tienten wurde in Nordrhein-Westfalen in den Regionen Emscher-Lippe (18 886 Patienten je 100 000 Einwohner) und Arnsberg (18 170 Patienten je 100 000 Einwohner), in Südhüringen (18 036 Patienten je 100 000 Einwohner) sowie in Sachsen-Anhalt (Region Altmark: 17 976 Patienten je 100 000 Einwohner) dokumentiert. Besonders niedrig war die Hospitalisierungsrate in weiten Teilen Baden-Württembergs (Minimum in der Region Neckar-Alb mit 12 456 Krankenhauspatienten je 100 000 Einwohner).

Die 100 häufigsten stationären Behandlungsanlässe aller im Jahr 2012 abgeschlossenen voll- und teilstationären Krankenhausfälle sind in Tabelle 18-5 dargestellt. Für jede Patientin/jeden Patienten wird in dieser Tabelle nur die Diagnose ausgewertet, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist (Hauptdiagnose).

Zu den häufigsten stationären Behandlungsanlässen des Jahres 2012 zählten Geburten (ICD-10 Z38), Herzinsuffizienz (ICD-10 I50), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10), Angina pectoris (ICD-10 I20) und Pneumonie (ICD-10 J18; Tabelle 18-5). Diese fünf Behandlungsanlässe führten bereits in den Jahren 2007, 2008 und 2010 die Liste der wichtigsten Hauptdiagnosen stationärer Aufenthalte an (Gerste und Günster 2011; 2012; 2014). Bei 291 Krankenhauspatienten je 100 000 Einwohner wurde als Hauptdiagnose die essentielle (primäre) Hypertonie dokumentiert. Damit ist diese Hauptdiagnose zwischen 2007 und 2012 von Rang 11 auf Rang 6 der häufigsten stationären Behandlungsanlässe gestiegen (Gerste und Günster 2011).

Abbildung 18-3



Auf alle Personen der deutschen Wohnbevölkerung, die 2012 stationär behandelt wurden, entfielen im Mittel 1,6 Krankenhausfälle. Das bedeutet, dass ein Großteil der Patienten im Jahr 2012 mehr als einmal in ein Krankenhaus aufgenommen wurde. Die Anzahl der Krankenhausfälle je Patient schwankte jedoch in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose (Tabelle 18–5). Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lungen (ICD-10 C34), der Harnblase (ICD-10 C67) und des Kolons (ICD-10 C18) waren am häufigsten für mehrfache stationäre Aufenthalte verantwortlich, gefolgt von Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10).

Die essentielle (primäre) Hypertonie (ICD-10 I10) und Rückenschmerzen (ICD-10 M54) gehörten zu den 20 Hauptdiagnosen aus Tabelle 18–5, deren Hospitalisierungsrate sich im Vorjahresvergleich um mindestens 5% erhöhte. In dieser Gruppe befanden sich mit ICD-10 R10 (Bauch- und Rückenschmerzen, +7,4%), R07 (Hals- und Brustschmerzen, + 8,7%) sowie R42 (Schwindel und Trauma, + 12,7%) auch drei R-Diagnosen, die auf eine gehäufte Entlassung ohne spezifische Diagnosestellung hinweisen. Dagegen sank die Hospitalisierungsrate seit 2011 bei lediglich fünf Erkrankungen um mindestens 5%, so zum Beispiel bei virusbedingten Darminfektionen (ICD-10 A08) (Rückgang gegenüber 2011: 8,2%).

Tabelle 18–5: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Rang: Rangposition in der „Hitliste“ der häufigsten stationären Behandlungsanlässe des Jahres 2012

ICD-10: Dreistellige ICD-Schlüsselnummer nach ICD-10-GM. Es wurden auch ICD-Schlüsselnummern eingeschlossen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen und nicht als Krankheit oder Verletzung klassifizierbar sind („Z-Diagnosen“).

Diagnose bzw. Behandlungsanlass: Klartextbeschreibung der ICD-Schlüsselnummer.

KH-Patienten je 100 000 Einwohner: Anzahl der Personen in der Gesamtbevölkerung, die – von 100 000 Einwohnern – im Jahr mindestens einen Krankenhausaufenthalt anlässlich der betreffenden Diagnose hatten.

Hospitalisierungsrate: Abweichung zum Vorjahr: Der Anteil der Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in 2012 wird mit dem des Jahres 2011 verglichen, um möglicherweise Änderungen in der Morbidität oder im Kodierverhalten aufgrund von Änderungen im DRG-Gefüge abzubilden. Die Abweichung wird in Prozent ausgewiesen.

Fälle je KH-Patient: Wie viele Krankenhausfälle wiesen diejenigen Patienten, die in stationärer Behandlung waren, im Mittel auf?

Tabelle 18–5

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe des Jahres 2012 bei Krankenhauspatienten in Deutschland

Rang	Hauptdiagnose		KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp-Rate Abw. Vorjahr in %	Fälle je KH- Patient
	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass (Drei- steller)			
	Insgesamt		15 432	1,3	1,6
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	582	2,6	1,0
2	I50	Herzinsuffizienz	444	1,0	1,2
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	372	-0,2	1,7
4	I20	Angina pectoris	299	1,7	1,1
5	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	294	-0,2	1,1
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	291	6,2	1,1
7	I63	Hirnfarkt	272	1,1	1,2
8	S06	Intrakranielle Verletzung	266	3,1	1,1
9	K80	Cholelithiasis	260	1,1	1,1
10	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	257	6,0	1,2
11	M54	Rückenschmerzen	255	7,6	1,1
12	I21	Akuter Myokardinfarkt	248	2,2	1,2
13	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	240	-0,5	1,2
14	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	236	3,1	1,4
15	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	236	-1,7	1,0
16	I70	Atherosklerose	220	1,9	1,3
17	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	214	-0,6	1,1
18	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	206	-2,7	1,0
19	R55	Synkope und Kollaps	196	4,7	1,0
20	K40	Hernia inguinalis	195	1,0	1,0
21	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	193	7,4	1,0
22	R07	Hals- und Brustschmerzen	187	8,7	1,0
23	K29	Gastritis und Duodenitis	186	3,9	1,0
24	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	183	-3,5	1,1
25	F32	Depressive Episode	174	2,3	1,2
26	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	172	-2,1	1,0
27	S72	Fraktur des Femurs	170	-0,3	1,1
28	G40	Epilepsie	168	-0,1	1,3
29	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	163	7,6	1,1
30	F33	Rezidivierende depressive Störung	159	9,0	1,3
31	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	151	-4,9	1,0
32	M75	Schulterläsionen	142	1,2	1,0

Tabelle 18–5

Fortsetzung

Rang	Hauptdiagnose		KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp-Rate Abw. Vorjahr in %	Fälle je KH- Patient
	ICD-10 (Drei- steller)	Diagnose bzw. Behandlungsanlass			
33	G47	Schlafstörungen	130	–0,5	1,2
34	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	130	–4,7	1,1
35	K56	Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	129	2,7	1,1
36	J20	Akute Bronchitis	129	3,5	1,1
37	K57	Divertikulose des Darmes	129	1,8	1,1
38	O70	Dammriss unter der Geburt	126	3,3	1,0
39	S52	Fraktur des Unterarmes	124	–3,6	1,0
40	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	123	0,4	1,0
41	K35	Akute Appendizitis	123	0,0	1,0
42	N20	Nieren- und Ureterstein	120	1,9	1,3
43	M48	Sonstige Spondylopathien	113	2,7	1,1
44	A41	Sonstige Sepsis	112	14,2	1,1
45	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	112	1,8	2,7
46	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	112	6,2	1,3
47	E86	Volumenmangel	108	3,4	1,1
48	I83	Varizen der unteren Extremitäten	108	0,3	1,1
49	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	107	1,3	1,1
50	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	107	0,8	1,0
51	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	106	3,5	1,1
52	F20	Schizophrenie	106	–3,5	1,7
53	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	104	0,4	1,6
54	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	103	8,5	1,0
55	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	100	–2,9	1,0
56	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	96	0,7	1,2
57	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	94	–5,9	1,0
58	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrezustand]	90	3,6	1,0
59	H25	Cataracta senilis	89	–3,5	1,3
60	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	89	–0,7	1,1
61	D25	Leiomyom des Uterus	88	–5,1	1,0

Tabelle 18–5

Fortsetzung

Rang	Hauptdiagnose		KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp-Rate Abw. Vorjahr in %	Fälle je KH- Patient
	ICD-10 (Drei- steller)	Diagnose bzw. Behandlungsanlass			
62	H81	Störungen der Vestibularfunktion	86	5,8	1,0
63	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	84	-8,2	1,0
64	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	83	1,0	1,1
65	O42	Vorzeitiger Blasensprung	80	3,1	1,0
66	N17	Akutes Nierenversagen	76	10,2	1,1
67	A46	Erysipel [Wundrose]	76	4,5	1,1
68	E04	Sonstige nichttoxische Struma	76	-3,0	1,0
69	R42	Schwindel und Taumel	73	12,7	1,0
70	I11	Hypertensive Herzkrankheit	73	3,4	1,0
71	K43	Hernia ventralis	72	5,8	1,0
72	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	71	15,7	1,1
73	K85	Akute Pankreatitis	70	1,4	1,2
74	N40	Prostatahyperplasie	69	-2,4	1,0
75	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	68	-1,3	1,8
76	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	67	0,9	1,1
77	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	67	3,7	1,3
78	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	66	4,4	1,1
79	J32	Chronische Sinusitis	66	1,0	1,0
80	N81	Genitalprolaps bei der Frau	64	-0,5	1,0
81	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	63	8,4	1,1
82	I26	Lungenembolie	63	5,1	1,0
83	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	63	2,1	1,2
84	I47	Paroxysmale Tachykardie	63	2,7	1,2
85	O80	Spontangeburt eines Einlings	62	0,1	1,0
86	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	62	6,1	1,0
87	I84	Hämorrhoiden	61	2,7	1,0
88	F45	Somatoforme Störungen	61	3,0	1,2
89	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	61	6,3	1,0
90	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	61	-5,0	1,3
91	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	61	0,1	1,5
92	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	60	4,3	1,0
93	M47	Spondylose	60	1,0	1,0

Tabelle 18–5

Fortsetzung

Rang	Hauptdiagnose		KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp-Rate Abw. Vorjahr in %	Fälle je KH- Patient
	ICD-10 (Drei- steller)	Diagnose bzw. Behandlungsanlass			
94	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	60	2,1	1,0
95	K25	Ulcus ventriculi	60	-5,1	1,0
96	H40	Glaukom	59	9,1	1,3
97	N30	Zystitis	59	0,2	1,1
98	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	59	-1,7	1,8
99	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	59	2,2	1,1
100	I95	Hypotonie	57	2,9	1,0

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

18.7 Arzneiverordnungen

Im Jahr 2012 wurden je Einwohner im Mittel 11,3 Arzneimittelpackungen verordnet (Tabelle 18–6). In Abhängigkeit vom Alter streute die Häufigkeit von Arzneiverordnungen jedoch deutlich. Während es bei den unter 60-jährigen weniger als 7 jährliche Verordnungen waren, erhielten ältere Personen durchschnittlich 23,6 Arzneimittel.

Insgesamt stieg die Anzahl der Arzneimittelverordnungen je Einwohner im Beobachtungszeitraum von 2006 bis 2012 um 6,6% an (Abbildung 18–4). Das Maximum von 11,3 Verordnungen wurde aber bereits 2008 und 2009 erreicht. Zwischen 2009 und 2010 kam es in allen ausgewiesenen Subgruppen zu einem Rückgang der pro Kopf verordneten Arzneimittelpräparate. Bei den Kindern und Jugendlichen der Altersgruppe 1 bis 17 Jahre hielt der rückläufige Trend weiter an und erreichte im Jahr 2012 ein Minimum von 6,5 Verordnungen pro Person, was etwa 10% unter dem Wert von 2006 liegt.

Tabelle 18–6

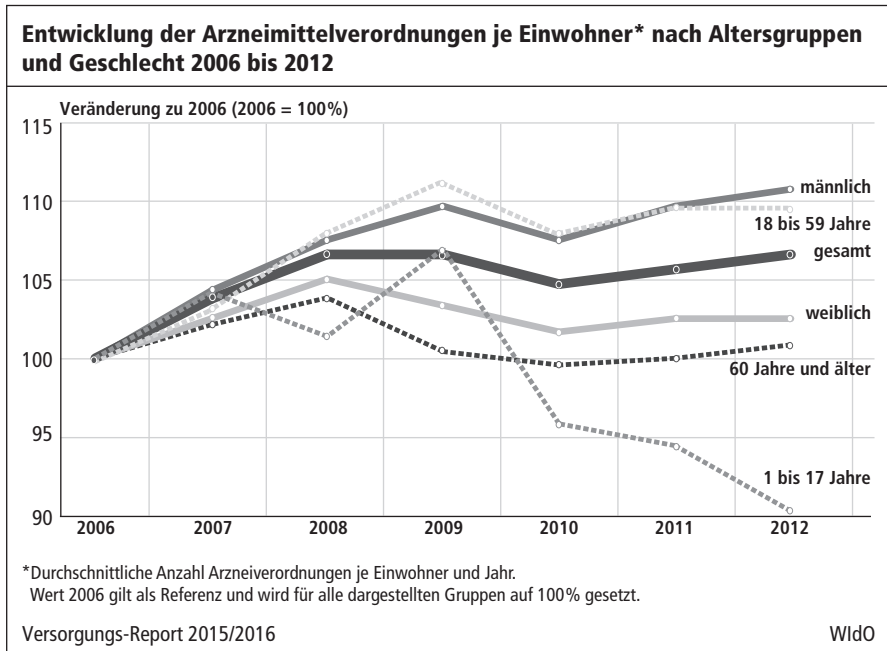
Anzahl der jährlichen Arzneiverordnungen je Einwohner 2006 bis 2012

Jahr	Gesamt	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 Jahre und älter
2006	10,6	9,3	11,9	7,2	6,1	23,4
2007	11,0	9,7	12,2	7,5	6,3	23,9
2008	11,3	10,0	12,5	7,3	6,6	24,3
2009	11,3	10,2	12,3	7,7	6,8	23,5
2010	11,1	10,0	12,1	6,9	6,6	23,3
2011	11,2	10,2	12,2	6,8	6,7	23,4
2012	11,3	10,3	12,2	6,5	6,7	23,6

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Abbildung 18–4



In Abhängigkeit von der geografischen Region streute die Häufigkeit von Arzneiverordnungen im Jahr 2012 deutlich (Abbildung 18–5). Mit mehr als 12,0 Verordnungen pro Einwohner lagen die Regionen Vorpommern, Westmecklenburg und Saar an der Spitze des Verordnungsgeschehens. Die niedrigsten Raten (<7,5 Verordnungen je Einwohner) wurden in den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg dokumentiert und hier speziell in den Regionen Allgäu, Oberland, München, Südostoberbayern und Donau-Iller.

In Tabelle 18–7 sind sämtliche Wirkstoffgruppen gemäß ATC-Klassifikation auf der zweiten hierarchischen Ebene – den therapeutischen Untergruppen – alphabetisch aufgeführt. Waren in einer dieser 93 Untergruppen keine Personen mit entsprechender Verordnung vorhanden, fehlt die Zeile in der Tabelle.

Im Jahr 2012 haben mit 73,8% nahezu drei Viertel der deutschen Bevölkerung mindestens ein erstattungsfähiges Arzneimittel verordnet bekommen (Tabelle 18–7). Auf jeden dieser Arzneimittelpatienten entfielen im Mittel 13,1 Verordnungen. Deren Inhalt entspricht rein rechnerisch einer ganzjährigen Versorgung mit etwa zwei Präparaten pro Tag, denn durchschnittlich wurden 746 Tagesdosen verordnet.

Einen Überblick über die häufigsten im Jahr 2012 verordneten Wirkstoffgruppen gemäß ATC-Klassifikation liefert Abbildung 18–6. Dargestellt wurde der prozentuale Anteil an Personen mit einer Verordnung der jeweiligen Wirkstoffgruppe bezogen auf die deutsche Wohnbevölkerung. Die ebenso dargestellten Tagesdosen (DDD) beziehen sich dagegen ausschließlich auf diejenigen Patienten, die tatsächlich eine entsprechende Medikation verordnet bekamen. Wie bereits im Jahr 2010 (Gerste und Günster 2012) wurden Antibiotika zur systemischen Anwendung (ATC

Abbildung 18-5

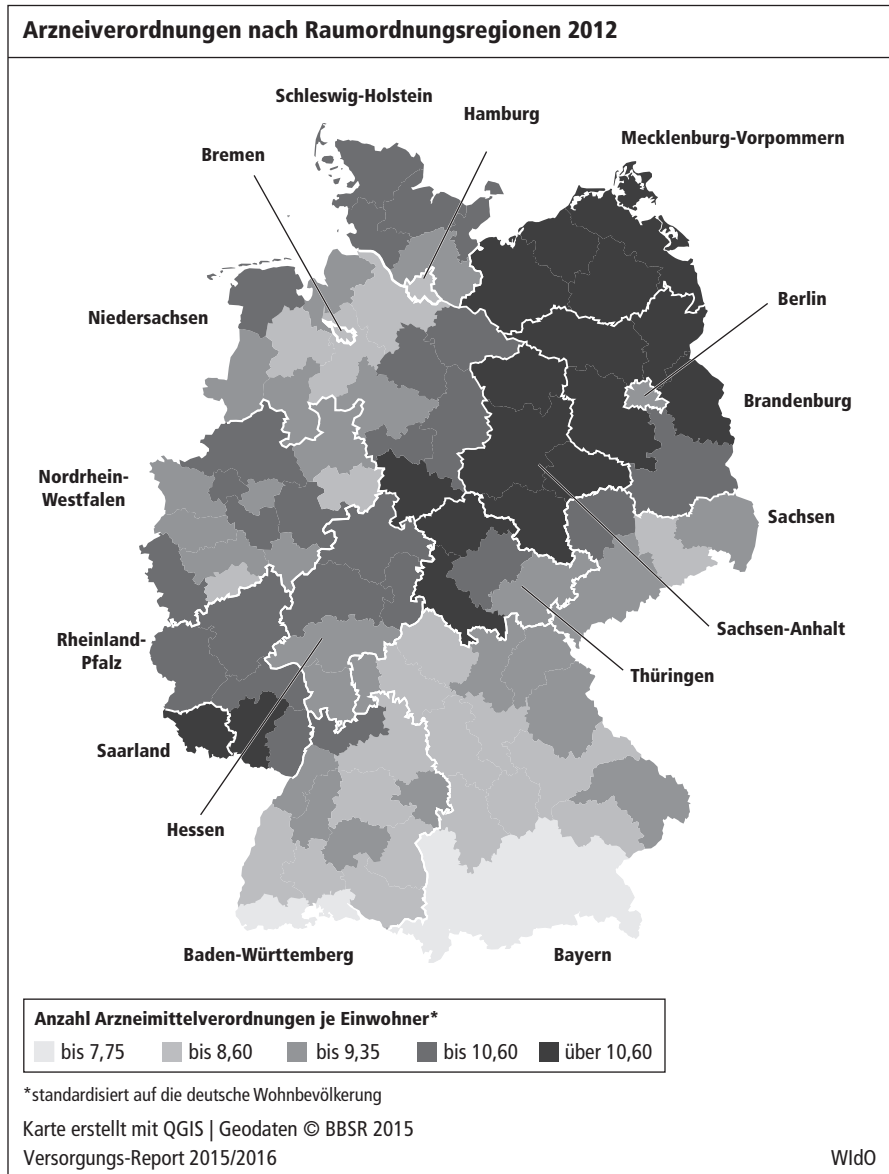


Tabelle 18–7: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code: Zweite hierarchische Ebene des anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems (ATC): therapeutische Untergruppe mit dreistelligem ATC-Code. Eine verlässliche Zuordnung der Arzneimittel zu ATC-Gruppen samt Bestimmung der verordneten Tagesdosen in DDD kann nur für Fertigarzneimittel vorgenommen werden, die entsprechend klassifiziert sind.

Verordnungsrate: Verordnungsrate je ATC-Gruppe. Anteil der Personen in der Gesamtbevölkerung, die im Jahr 2012 mindestens eine Verordnung aus der betreffenden Wirkstoffgruppe erhalten haben.

Verordnungen je Arzneimittelpatient der ATC-Gruppe: Wie viele Verordnungen (Packungen) hat ein Patient mit Verordnung in der betreffenden Wirkstoffgruppe im Mittel erhalten?

Tagesdosen (DDD) je Arzneimittelpatient der ATC-Gruppe: Wie groß ist die verordnete Arzneimittelmenge (Angabe in DDD) je Patient?

J01) sowie Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC M01) besonders häufig verordnet. Mehr als ein Viertel der Deutschen haben 2012 mindestens eine solche Verordnung erhalten. Je Arzneimittelpatient wurden im Mittel 1,8 Packungen Antibiotika mit 16,6 Tagesdosen verordnet, bei den Antiphlogistika und Antirheumatika waren es 2,1 Packungen mit 56,7 DDD. Die vergleichsweise niedrigen DDD-Mengen weisen darauf hin, dass diese beiden Wirkstoffgruppen primär bzw. häufig zur Behandlung akuter oder schubweiser Krankheitsverläufe eingesetzt werden. Anders verhält es sich bei chronischen Erkrankungen wie Hypertonie oder Diabetes mellitus, die eine kontinuierliche Behandlung erfordern. Dementsprechend hoch sind die Tagesdosen bei Mitteln mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (ATC C09; 516 DDD je Arzneimittelpatient) oder bei den Antidiabetika (ATC A10; 461 DDD je Arzneimittelpatient).

Tabelle 18–7

Arzneiverordnungen 2012 nach therapeutischer Wirkstoffgruppe

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsrate (%)	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe
Insgesamt	73,8	13,1	746
Aknemittel (D10)	1,1	1,8	49
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,0	3,2	37
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,2	5,6	120
Allergene (V01)	0,5	1,7	292
Allgemeine Diätetika (V06)	0,3	26,5	320
Analgetika (N02)	16,7	3,3	55
Andere Dermatika (D11)	1,2	1,3	51
Andere Gynäkologika (G02)	0,2	1,8	73
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,1	1,9	86
Andere Hämatologika (B06)	0,0	2,3	10
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	1,2	3,4	118
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0	10,0	121
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0	1,3	41
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,0	1,3	50
Anthelmintika (P02)	0,3	1,4	4
Antiadiposita, exkl. Diätetika (A08)	0,0	1,4	53
Antianämika (B03)	2,3	2,8	144
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	2,3	1,3	18
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	30,3	1,8	17
Antidiabetika (A10)	7,4	6,4	459
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	2,4	2,0	45
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	1,6	1,7	6
Antiepileptika (N03)	2,9	5,2	195
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	2,0	1,6	54
Antihypertonika (C02)	1,4	4,7	354
Antihämorrhagika (B02)	0,1	10,4	58
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	3,8	1,5	30
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,5	1,7	15
Antineoplastische Mittel (L01)	0,2	5,2	124
Antiparkinsonmittel (N04)	1,1	6,7	177
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	28,9	2,1	57
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,6	1,2	27
Antipsoriatika (D05)	0,4	2,6	152
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	0,6	1,6	25
Antithrombotische Mittel (B01)	8,6	3,0	237
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	0,9	2,8	73
Anästhetika (N01)	0,2	1,5	15
Beta-Adrenozeptor-Antagonisten (C07)	15,6	3,4	201
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	1,2	3,7	28
Brusteinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,3	1,5	26
Calciumhomöostase (H05)	0,1	8,3	166
Calciumkanalblocker (C08)	7,3	3,5	388
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	5,4	2,0	103
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	7,5	1,6	51
Diagnostika (V04)	3,5	12,7	656
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,2	4,7	89
Diuretika (C03)	8,6	3,6	334
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,5	1,5	42
Endokrine Therapie (L02)	0,6	3,3	301

Tabelle 18–7

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsrate (%)	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,1	5,3	230
Gichtmittel (M04)	3,7	2,6	143
Gynäkologische Antiinfektiva und Antiseptika (G01)	1,1	1,3	6
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,6	1,3	11
Herztherapie (C01)	3,4	3,5	224
Homöopathika und Anthroposophika (V60)	0,3	2,0	0
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	9,8	1,9	19
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1	3,9	142
Immunsera und Immunglobuline (J06)	0,1	3,2	30
Immunstimulanzien (L03)	0,3	3,5	102
Immunsuppressiva (L04)	0,5	6,2	244
Impfstoffe (J07)	0,6	1,5	2
Kontrastmittel (V08)	0,0	1,6	5
Laxanzien (A06)	1,4	2,9	78
Medizinische Verbände (D09)	0,3	3,2	93
Mineralstoffe (A12)	1,3	3,1	144
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	16,2	2,7	270
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	6,3	1,7	19
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	9,0	4,0	205
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,5	1,5	6
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,0	3,7	185
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	0,8	1,5	15
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	20,5	3,6	536
Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (M05)	1,1	3,1	240
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	9,7	2,8	259
Muskelrelaxanzien (M03)	3,2	1,9	52
Ophthalmika (S01)	8,4	2,4	104
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	0,5	1,2	24
Otologika (S02)	1,1	1,2	13
Pankreashormone (H04)	0,1	1,6	2
Periphere Vasodilatoren (C04)	0,1	3,3	101
Psychoanaleptika (N06)	8,7	3,8	238
Psycholeptika (N05)	6,4	5,8	152
Radiotherapeutika (V10)	0,0	1,0	1
Rezepturen (V70)	5,6	4,1	0
Rhinologika (R01)	7,3	1,9	48
Schilddrüsentherapie (H03)	9,6	3,1	211
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	4,7	2,5	220
Sondergruppen (V90)	0,1	18,2	0
Stomatologika (A01)	2,4	1,2	254
Tonika (A13)	0,0	1,4	51
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	0,4	1,4	16
Urologika (G04)	3,0	3,1	255
Vasoprotektoren (C05)	0,9	1,6	25
Vitamine (A11)	2,1	2,2	211
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,5	1,3	38

Abbildung 18–6



18.8 Ärztliche Inanspruchnahme

Im Jahr 2012 entfielen auf jede Person der bundesdeutschen Wohnbevölkerung durchschnittlich 7,6 ambulante Behandlungsfälle (Tabelle 18–8). Wie in Abschnitt 18.1 beschrieben gelten mehrere Praxisbesuche pro Quartal bei ein und demselben Arzt als ein einziger Behandlungsfall. Im Mittel wurden pro Person und Quartal demzufolge fast zwei ambulant tätige Vertragsärzte aufgesucht. Erwartungsgemäß war die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen bei älteren Erwachsenen der Altersgruppe (60 Jahre und älter) am höchsten (11,0 Behandlungsfälle je Einwohner).

Zwischen 2006 und 2012 stieg die Anzahl ambulanter Behandlungsfälle je Einwohner um 23,3% (Abbildung 18–7), wobei dieser Zuwachs vorrangig auf den steilen Anstieg der Behandlungszahlen zwischen 2007 und 2009 zurückzuführen war. Hierbei dürfte sich unter anderem die mit dem 4. Quartal 2008 eingeführte Direktabrechnung von Laborgemeinschaften mit den KVen niederschlagen.⁹ Zwischen 2009 und 2012 stagnierte die jährliche Anzahl ambulanter Behandlungsfälle in der Gesamtbevölkerung dagegen auf dem hohen Niveau von 2009. Bei den Kindern und Jugendlichen der Altersgruppe 1 bis 17 Jahre war im Jahr 2009 ein Peak in der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen erreicht, seitdem sank die Anzahl der jährlichen Behandlungsfälle.

Die regionalisierte Darstellung ambulanter Behandlungsfälle je Einwohner zeigte eine leicht überdurchschnittliche Konsultation ambulanter Ärzte in Nordost- und Mitteldeutschland (Abbildung 18–8). So lagen die Regionen Nordthüringen sowie mittleres Mecklenburg/Rostock mit 8,4 Behandlungsfällen je Einwohner an der Spitze der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme. Weniger als 7,0 Behandlungsfälle je Einwohner wurden in den Regionen Arnsberg (Nordrhein-Westfalen)

Tabelle 18–8

Anzahl der jährlichen ambulanten Behandlungsfälle je Einwohner 2006 bis 2012

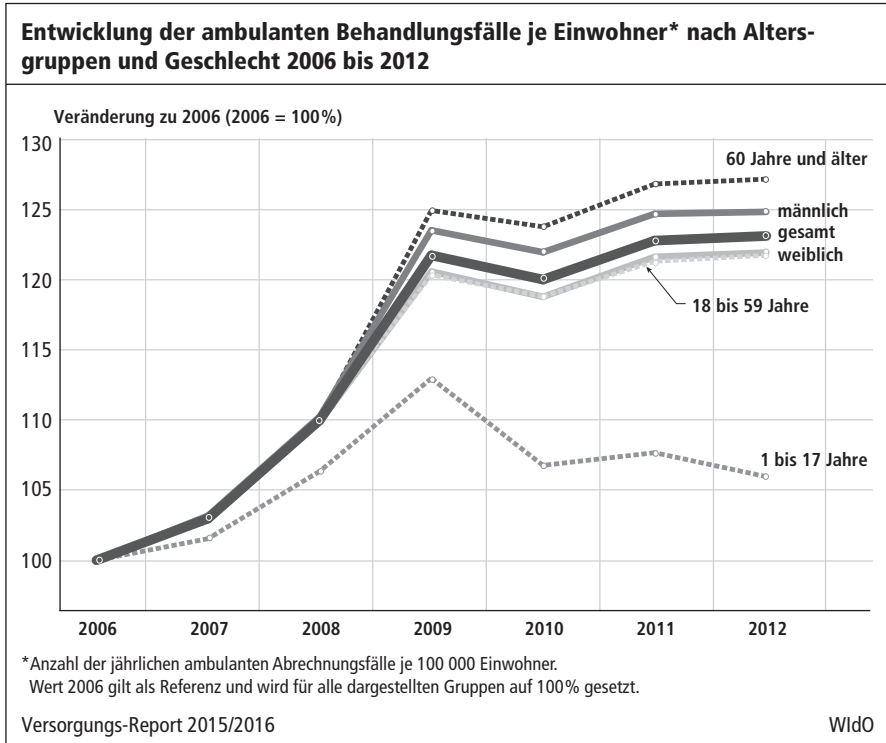
Jahr	Gesamt	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 Jahre und älter
2006	6,2	5,0	7,3	4,8	5,5	8,6
2007	6,4	5,2	7,5	4,9	5,7	8,9
2008	6,8	5,6	8,0	5,1	6,1	9,5
2009	7,5	6,2	8,8	5,4	6,6	10,8
2010	7,4	6,2	8,6	5,1	6,6	10,7
2011	7,6	6,3	8,8	5,2	6,7	11,0
2012	7,6	6,3	8,9	5,1	6,7	11,0

Versorgungs-Report 2015/2016

WlD0

⁹ Am 1. Oktober 2008 traten erste Teile der Laborreform in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt rechnen Laborgemeinschaften ihre erbrachten Leistungen direkt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ab. In den Routinedaten liegen somit ab dem 4. Quartal 2008 mehr Behandlungsfälle vor. Vorher waren die Leistungen der Laborärzte im Abrechnungsfall des veranlassenden Arztes enthalten.

Abbildung 18–7



und Altmark (Sachsen-Anhalt) dokumentiert. Diese Regionen wiesen also die geringste ambulante Behandlungshäufigkeit auf, während sie zugleich als Regionen mit besonders hoher Anzahl stationärer Aufenthalte je 100 000 Einwohner auffielen (siehe Abschnitt 18.6 und Abbildung 18–3).

Wie Tabelle 18–9 zeigt, haben im Jahr 2012 89% der deutschen Wohnbevölkerung mindestens einmal einen ambulant tätigen Vertragsarzt aufgesucht und je Patient im Mittel 8,6 Behandlungsfälle verursacht. Facharztgruppen mit einer hohen Anzahl von Behandlungsfällen je Patient waren Allgemeinmediziner, Kinderärzte und Internisten. Für Orthopäden, Augenärzte und Hautärzte wurde mit 1,7 Behandlungsfällen dagegen die geringste Anzahl von Konsultationen pro Patient gezählt.

Zur vertiefenden Veranschaulichung fachärztlicher Inanspruchnahme werden in Abbildung 18–9 die Behandlungsfälle je Einwohner nach Arztfachgruppen aufgeschlüsselt. Bevölkerungswweit – d. h. auch unter Berücksichtigung von Personen, die 2012 keinen ambulant tätigen Arzt konsultierten – wurden 7,6 Behandlungsfälle pro Einwohner gezählt. Davon entfielen im Mittel 2,1 (oder 28,2%) auf Allgemeinmediziner und 0,7 (8,9%) auf Internisten.

Abbildung 18–8

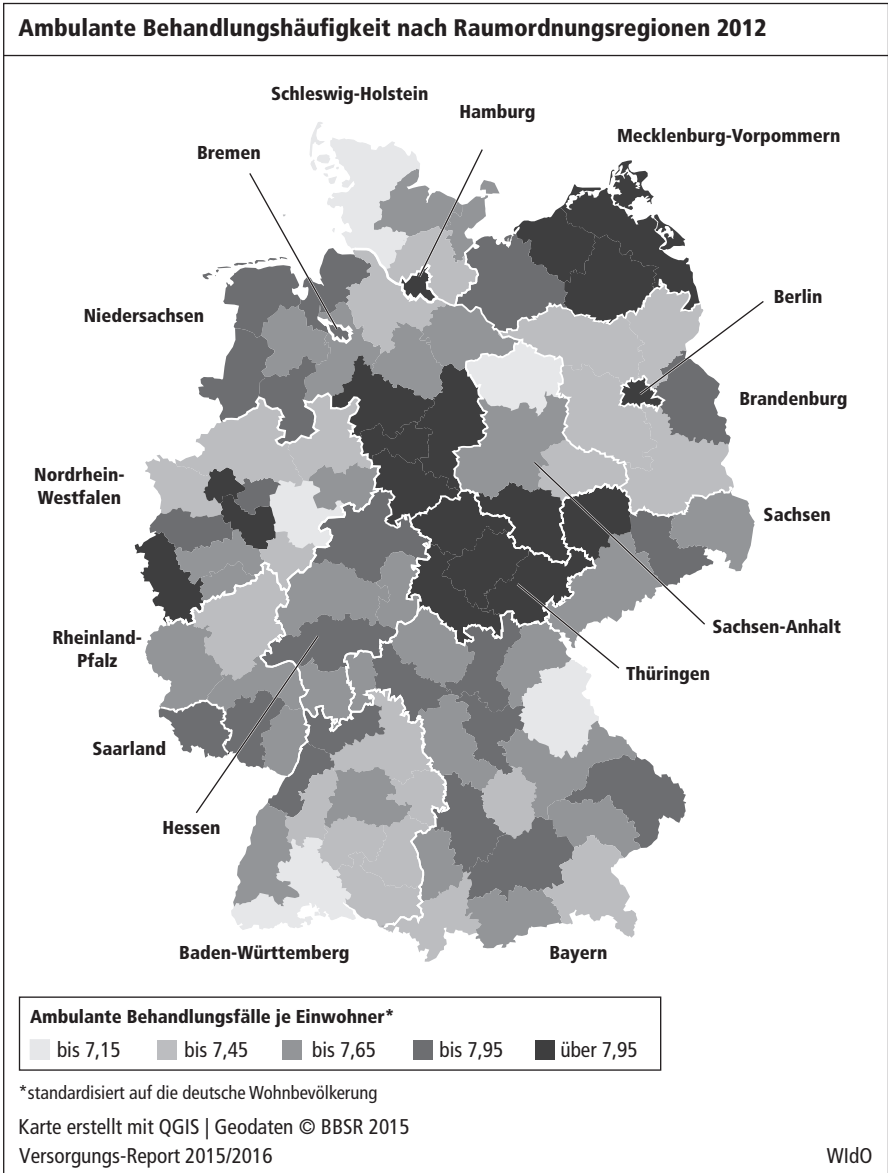


Tabelle 18–9: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Arztfachgruppe: Fachgruppe des abrechnenden Arztes auf Basis der KBV-Systematik. Untersuchungseinheiten sind die Betriebsstätten. Wenn einer als Gemeinschaftspraxis organisierten Facharztpraxis Ärzte verschiedener Fachgruppen angehören, wird diese Praxis (Betriebsstätte) der Restkategorie „fachgruppenübergreifende Facharztpraxen“ zugerechnet.

Behandlungsrate: Anteil der Personen in der Bevölkerung, die im Jahr mindestens einmal beim Arzt der jeweiligen Fachgruppe waren.

Behandlungsrate: Abweichung zum Vorjahr: Der Anteil der Personen in ambulanter ärztlicher Behandlung im Jahr 2012 wird mit dem des Jahres 2011 verglichen. Die Abweichung wird in Prozent ausgewiesen.

Behandlungsfälle je ambulanter Patient dieser Arztgruppe: Als Behandlungsfall gilt der Besuch einer Person in einem Quartal bei einem Arzt. Eine Person erzeugt mehrere Behandlungsfälle, wenn sie – im selben Quartal – mehrere Ärzte derselben Fachgruppe aufsucht oder wenn sie Ärzte unterschiedlicher Fachgrup-

Tabelle 18–9

Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinerinnen und Fachärzten im Jahr 2012

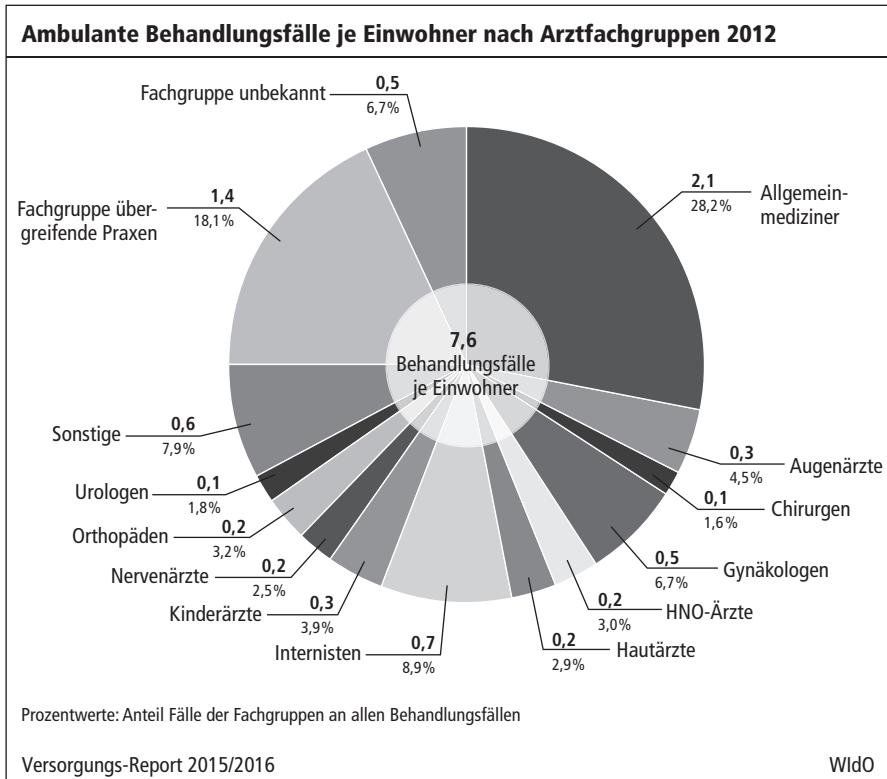
Arztfachgruppe	Behandlungsrate		Behandlungsfälle		
	des Jahres 2012	Abw. Vorjahr (Prozentpunkte)	je amb. Patient der Arztgruppe	je Einwohner	Anteil (%)
Allgemeinmediziner	65,7	-0,4	3,3	2,1	28,2
Augenärzte	20,1	-0,4	1,7	0,3	4,5
Chirurgen	8,3	-0,1	1,5	0,1	1,6
Gynäkologen	21,2	0,0	2,4	0,5	6,7
HNO-Ärzte	14,0	0,0	1,6	0,2	3,0
Hautärzte	13,6	-0,0	1,7	0,2	2,9
Internisten	25,2	0,6	2,7	0,7	8,9
Kinderärzte	10,5	0,4	2,8	0,3	3,9
Nervenärzte	8,2	0,2	2,3	0,2	2,5
Orthopäden	14,2	-0,3	1,7	0,2	3,2
Urologen	7,1	0,3	2,0	0,1	1,8
Sonstige	30,0	1,8	2,0	0,6	7,9
Fachgruppenübergreifende Praxen	49,3	-0,3	2,8	1,4	18,1
Fachgruppe unbekannt	25,7	-0,6	2,0	0,5	6,7
Insgesamt	89,0	-0,2	8,6	7,6	100,0

pen aufsucht. Die Anzahl der Behandlungsfälle wird in dieser Spalte bezogen auf diejenigen Personen, die tatsächlich bei einem ambulant tätigen Vertragsarzt in Behandlung waren (Patienten).

Behandlungsfälle je Einwohner: In dieser Spalte wird die Anzahl von Behandlungsfällen bezogen auf alle Einwohner dargestellt, unabhängig davon, ob sie tatsächlich beim Arzt waren und selbst einen Behandlungsfall verursacht haben oder nicht.

Anteil Fälle je Einwohner: Die Anzahl der Behandlungsfälle je Einwohner und Fachgruppe (siehe vorherige Spalte) summiert sich zur Anzahl der Fälle je Einwohner gesamt und wird hier als fachgruppenspezifischer Anteil an allen Fällen je Einwohner ausgedrückt.

Abbildung 18–9



18.9 Inanspruchnahme von Heilmitteln

Im Jahr 2012 nahmen von 100 000 Einwohnern mehr als 17 000 Personen mindestens eine Heilmittelbehandlung in Anspruch (Tabelle 18–10). Bei den Frauen lag der Anteil der Heilmittelverordnungen höher als bei Männern. Die Inanspruchnahme war bei Kindern und Jugendlichen der Altersklasse 1 bis 17 Jahre am geringsten

Tabelle 18–10

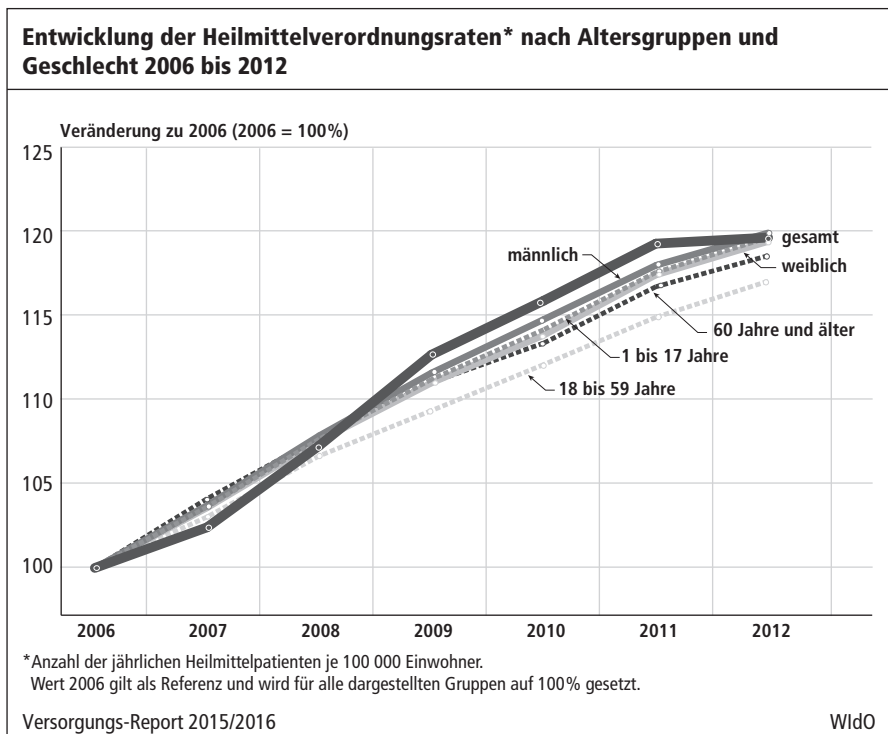
Anzahl der jährlichen Heilmittelpatienten je 100 000 Einwohner (2006 bis 2012)

Jahr	Gesamt	Männlich	Weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 Jahre und älter
2006	14 848	12 066	17 517	9 488	13 147	22 640
2007	15 386	12 514	18 143	9 717	13 546	23 572
2008	15 986	13 015	18 841	10 178	14 023	24 390
2009	16 513	13 465	19 444	10 691	14 377	25 138
2010	16 952	13 849	19 941	10 996	14 737	25 667
2011	17 458	14 237	20 569	11 318	15 107	26 426
2012	17 765	14 470	20 918	11 352	15 389	26 844

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Abbildung 18–10



und stieg mit dem Alter. Das Maximum wurde bei Personen erreicht, die 60 Jahre oder älter waren (26 844 Verordnungen je 100 000 Einwohner).

Wie aus Abbildung 18–10 ersichtlich, stieg die Anzahl der Heilmittelpatienten in der Gesamtbevölkerung seit 2006 stetig an und erreichte im Jahr 2012 ein Plus von 19,6%. Dieser Trend zeigte sich auch in allen untersuchten Alters- und Geschlechtsstrata. So betrug die prozentuale Zunahme der Heilmittel-Inanspruchnahme seit 2006 bei Männern und Frauen sowie bei Versicherten der Altersgruppe 1 bis 17 Jahre jeweils 19,6%, während es bei den 18 bis 59-jährigen 17,1% und bei den älteren Versicherten (60 Jahre und älter) 18,6% waren.

Die Verordnungsraten in den vier Leistungsbereichen für Heilmittel und die häufigsten Leistungen nach Heilmittelgruppen im Jahr 2012 zeigt Abbildung 18–11. Spitzenreiter unter den Leistungsbereichen war die Physiotherapie mit 15 384 Heilmittelpatienten je 100 000 Einwohner, die drei anderen Bereiche Logopädie,

Abbildung 18–11



Ergotherapie und Podologie waren mit maximal 1 000 Heilmittelpatienten je 100 000 Einwohner vergleichsweise selten. Innerhalb der Physiotherapie fiel gemessen an der Verordnungshäufigkeit der Krankengymnastik die größte Bedeutung zu, gefolgt von den ergänzenden Physiotherapieleistungen und der Massage.

18.10 Verteilung der Ausgaben

Ergänzend zu den Parametern der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden im Folgenden die Kosten näher beschrieben. Dieser Abschnitt geht der Frage nach, wie sich die Kosten auf Personen verteilen und wie sich die Inanspruchnahme, gemessen an den Ausgaben, auf Teilmengen von Personen konzentriert. Grundlage der Darstellung sind die Ausgaben aller im Jahr 2012 bei der AOK versicherten Personen. Für die Analyse wurden die Ausgaben der vier umsatzintensivsten Leistungsbereiche Arzneimittelversorgung, stationäre Versorgung, Heilmittelversorgung und ambulante ärztliche Versorgung aufsummiert.¹⁰ Damit sind fast 90 Prozent der gesamten Leistungsausgaben repräsentiert. Die Ausgabenverteilung wird in Abbildung 18–12 anhand von Lorenzkurven dargestellt, und zwar sowohl insgesamt für alle Personen als auch differenziert nach den drei Altersgruppen

- 1 bis 17 Jahre
- 18 bis 59 Jahre
- 60 Jahre und älter.

Die prozentuale Verteilung der Leistungsausgaben aus den vier berücksichtigten Sektoren zeigte eine ausgeprägte Asymmetrie (Abbildung 18–12); mit nur leicht abweichenden Kurvenverläufen bei der Gesamtpopulation im Vergleich zu Erwachsenen der Altersklasse 18 bis 59. Bei den älteren Erwachsenen (60 Jahre und älter)

Tabelle 18–11

Verteilung der Ausgaben auf die Versicherten im Jahr 2012

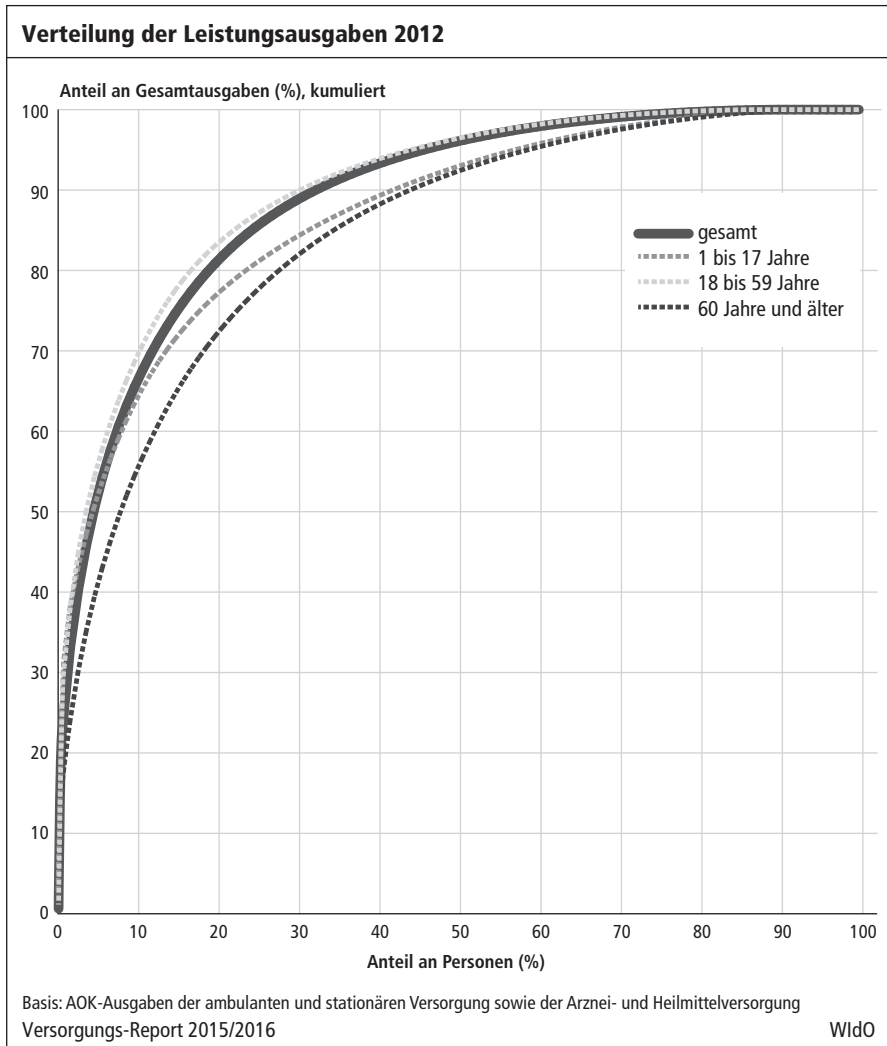
Bevölkerungsanteil (%) ¹	Pro-Kopf-Ausgaben ² (in Tausend €)				Anteil an Gesamtausgaben ² (%)			
	Gesamt	1 bis 17 Jahre	18–59 Jahre	60 Jahre und älter	Gesamt	1 bis 17 Jahre	18–59 Jahre	60 Jahre und älter
1	46,1	24,7	36,9	59,5	23,0	31,0	27,4	15,8
5	9,1	2,8	5,6	15,9	50,4	50,7	54,3	39,4
10	4,7	1,7	3,1	9,3	65,5	63,5	68,7	54,5
20	2,2	0,7	1,3	4,8	80,9	76,8	83,1	71,8

¹ Ausgehend vom Bevölkerungsanteil mit der höchsten Inanspruchnahme

² AOK-Ausgaben in der ambulanten und stationären sowie in der Arznei- und Heilmittelversorgung

¹⁰ Für die gewählte Darstellung wurde auf AOK-Daten zurückgegriffen und keine Alters- und Geschlechtsadjustierung vorgenommen.

Abbildung 18–12



war die Kurve dagegen leicht in Richtung Hauptdiagonale verschoben, was auf eine etwas ausgeglichene Kostenverteilung in dieser Altersgruppe hinweist.

Wie Tabelle 18–11 und Abbildung 18–12 zeigen, entfielen auf 20% der Versicherten mit der höchsten Inanspruchnahme rund 81 % der Ausgaben in der Gesamtbevölkerung, bei den älteren Erwachsenen ab 60 Jahre waren es dagegen lediglich 71,8%.

Danksagung

Besonderer Dank gilt Jürgen Adler und Ghassan Beydoun, die zuverlässig und souverän die Datenaufbereitung unterstützt und so zum rechtzeitigen Gelingen dieses sehr umfangreichen Kapitels beigetragen haben.

Literatur

- Bitzer EM, Bohm S, Hartmann A, Priess HW. BARMER GEK Report Krankenhaus 2014. Schwerpunktthema: Trends in der koronaren Revaskularisierung. Band 27. Berlin 2014.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/raumabgrenzungen_node.html. (19. Mai 2015).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). <http://www.dimdi.de/static/de/amg/atccddd/index.htm> (28. April 2015).
- Gerste B, Günster C. Erkrankungshäufigkeiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg). Versorgungs-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Gerste B, Günster C. Erkrankungshäufigkeiten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg). Versorgungs-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012.
- Gerste B, Günster C. Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N (Hrsg). Versorgungs-Report 2013/2014. Stuttgart: Schattauer 2014.
- Gerste B, Gutschmidt S. Datenqualität von Diagnosedaten aus dem ambulanten Bereich. Kritische Anmerkungen am Beispiel Diabetes. Gesundheits- und Sozialpolitik 2006; 3-4: 10–24.
- Giersiepen K, Pohlabein H, Egidio G, Pigeot I. Die ICD-Kodierqualität für Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 1028–38.
- Grobe TG. Gesundheitsreport 2014. Risiko Rücken. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 29. Hamburg 2014.
- Grobe TG, Heller G, Szecsenyi J. BARMER GEK Arztreport 2014. Schwerpunkt: Hautkrebs. Band 24. Berlin 2014.
- Hoffmann F, Icks A. Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. Gesundheitswesen 2012; 74 (5) :291–7.
- IGES Institut GmbH. Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. Berlin 2012.
- Jaunzeme J, Eberhard S, Geyer S. Wie „repräsentativ“ sind GKV-Daten? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2013; 56: 447–54.
- Klauber J, Günster C, Biermann A. Verbesserung der Versorgungsqualität durch sektorenübergreifende Qualitätsmessung. In: Report Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2014.
- Klaus B, Ritter A, Große Hülsewiesche H, Beyrle B, Euler H-U, Fender H, Hübner M, von Mittelstaedt G. Untersuchung zur Qualität der Kodierungen von Diagnosen und Prozeduren unter DRG-Bedingungen. Gesundheitswesen 2005; 67: 9–19.
- Kreienbrock L, Pigeot I, Ahrens W. Epidemiologische Methoden. In: Epidemiologische Methoden. Berlin Heidelberg: Springer 2012.
- Ozegowski S. Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. GGW 2012; 13 (1): 23–34.
- Schnee M. Sozialökonomische Strukturen und Morbidität in den gesetzlichen Krankenkassen. In: Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2008.
- Schubert I, Ihle P, Köster I. Versorgungsmonitoring mit Routinedaten: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. In: Report Versorgungsforschung. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2008.

- Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden 2011a.
- Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Fachserie 12, Reihe 6.4. Wiesbaden 2011b.
- Swart E, Deh U, Robra BP. Die Nutzung der GKV-Daten für die kleinräumige Analyse und Steuerung der stationären Versorgung Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008; 51 (10): 1183–92.
- Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D, (Hrsg). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. Auflage. Bern: Hans Huber 2014.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC). http://www.wido.de/arz_atcddd-klassifi.html. (28. April 2015).
- Zok K. Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdOmonitor 2015; Ausgabe 1: 1–12.

Anhang

Tabelle 18-a

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei männlichen Patienten nach ICD-Dreistellern 2012

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	22,7	26,7	0,9
2	M54	Rückenschmerzen	22,3	20,5	1,0
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15,3	13,2	0,3
4	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	14,3	18,3	0,0
5	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	14,2	25,9	0,0
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	10,4	24,6	0,0
7	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	9,1	30,7	2,9
8	N40	Prostatahyperplasie	8,4	30,8	1,7
9	J20	Akute Bronchitis	7,4	18,2	1,8
10	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	7,3	38,6	4,2
11	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	7,0	22,8	0,0
12	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	6,9	17,2	2,7
13	K29	Gastritis und Duodenitis	6,8	26,7	2,3
14	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	6,2	23,1	0,4
15	L30	Sonstige Dermatitis	6,2	21,5	0,2

Tabelle 18-a

Fortsetzung

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6,2	25,7	2,2
17	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,0	21,9	0,1
18	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6,0	26,5	3,3
19	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	6,0	20,0	0,0
20	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,8	29,4	3,0
21	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	5,8	28,0	1,0
22	E66	Adipositas	5,7	25,5	0,2
23	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	5,5	16,4	0,0
24	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,5	23,6	0,6
25	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,3	25,1	0,0
26	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5,2	14,0	0,0
27	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	5,2	27,9	0,0
28	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	5,0	28,1	0,0
29	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	4,9	22,6	0,1
30	H10	Konjunktivitis	4,5	18,1	0,0
31	F32	Depressive Episode	4,4	31,4	2,8
32	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4,4	36,5	6,3
33	M47	Spondylose	4,4	29,2	1,1
34	M75	Schulterläsionen	4,3	24,8	3,6
35	J03	Akute Tonsillitis	4,2	13,5	0,8
36	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	4,1	26,9	0,3
37	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	4,1	24,0	0,9
38	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	4,1	16,7	0,0
39	J02	Akute Pharyngitis	4,0	14,2	0,2
40	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	4,0	13,3	0,4

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Tabelle 18-b

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei weiblichen Patienten nach ICD-Dreistellern 2012

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	31,0	17,5	0,0
2	M54	Rückenschmerzen	27,8	21,8	1,0
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	26,6	25,2	1,4
4	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	18,4	18,5	0,0
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16,2	16,7	0,0
6	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	16,0	15,0	0,3
7	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	15,2	23,9	0,0
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	14,1	25,8	1,7
9	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	13,2	15,0	0,0
10	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	13,0	22,5	0,0
11	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	12,1	19,1	0,1
12	N95	Klimakterische Störungen	11,7	20,0	0,2
13	E04	Sonstige nichttoxische Struma	10,5	21,3	1,1
14	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	9,8	22,2	0,4
15	F32	Depressive Episode	9,4	28,5	1,8
16	I83	Varizen der unteren Extremitäten	9,2	24,6	1,5
17	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	9,1	29,7	2,3
18	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	9,1	28,9	3,2
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,9	28,1	2,4
20	K29	Gastritis und Duodenitis	8,6	27,1	2,5
21	E66	Adipositas	8,5	24,7	0,3
22	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	8,3	20,6	0,0
23	J20	Akute Bronchitis	7,7	19,2	1,6
24	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	7,7	14,7	0,2
25	L30	Sonstige Dermatitis	7,7	20,5	0,1
26	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	7,3	23,1	0,0
27	E03	Sonstige Hypothyreose	7,1	22,1	0,0
28	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	7,1	20,6	0,2
29	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,9	24,5	0,6

Tabelle 18-c

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen (1 bis unter 18 Jahre) nach ICD-Dreistellern 2012

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	35,3	10,7	0,5
2	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	26,9	10,9	0,0
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	14,5	11,5	0,0
4	J20	Akute Bronchitis	14,2	13,5	2,0
5	J03	Akute Tonsillitis	13,1	12,1	0,9
6	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	12,6	11,8	0,4
7	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	12,1	9,8	0,0
8	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	11,6	15,9	3,8
9	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	11,5	13,2	0,1
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10,5	15,6	2,6
11	H10	Konjunktivitis	10,1	11,9	0,0
12	J02	Akute Pharyngitis	10,0	11,5	0,2
13	R05	Husten	9,9	10,9	0,0
14	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	9,6	12,0	0,1
15	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	9,2	11,8	0,1
16	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	9,0	12,7	0,4
17	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	8,7	10,6	0,2
18	R11	Übelkeit und Erbrechen	8,5	14,9	0,7
19	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	8,3	12,0	0,0
20	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	7,9	12,7	0,5
21	L30	Sonstige Dermatitis	7,5	11,1	0,1
22	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	7,4	14,0	0,0
23	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	7,1	9,5	0,0
24	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	7,1	8,8	0,0
25	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	7,1	11,5	0,1
26	H65	Nichteitrige Otitis media	6,8	13,9	0,4
27	J31	Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	6,1	12,2	0,0
28	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,7	9,6	0,0
29	R51	Kopfschmerz	5,6	12,4	1,0

Tabelle 18-d

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei Erwachsenen jungen und mittleren Alters (18 bis unter 60 Jahre) nach ICD-Dreistellern 2012

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	M54	Rückenschmerzen	27,1	16,7	0,8
2	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	22,9	15,8	0,0
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	14,9	13,3	0,1
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	14,0	19,4	1,1
5	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	13,7	17,7	0,0
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	11,2	24,2	1,7
7	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	11,0	15,0	0,0
8	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	9,8	15,0	0,0
9	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	8,5	18,9	0,0
10	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	8,4	17,3	0,1
11	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	8,2	16,8	0,0
12	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,0	17,8	0,4
13	K29	Gastritis und Duodenitis	7,8	21,1	2,0
14	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	7,3	15,5	1,6
15	J20	Akute Bronchitis	6,6	15,1	0,6
16	F32	Depressive Episode	6,6	25,3	2,7
17	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	6,4	14,2	0,0
18	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,3	19,5	0,5
19	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	6,2	22,5	3,4
20	E04	Sonstige nichttoxische Struma	6,0	17,1	1,4
21	E66	Adipositas	5,9	21,2	0,4
22	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	5,9	23,3	0,0
23	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	5,9	14,3	0,2
24	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	5,6	17,0	0,9
25	L30	Sonstige Dermatitis	5,6	16,3	0,2
26	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,6	19,9	0,8
27	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	5,5	18,4	0,0
28	M77	Sonstige Enthesopathien	5,5	15,4	0,2
29	R51	Kopfschmerz	5,1	17,8	0,7

Tabelle 18-e

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei älteren Erwachsenen (ab 60 Jahre) nach ICD-Dreistellern 2012

Rang	ICD-10	Diagnose bzw. Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsrate gesamt (in %)	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	62,0	29,0	1,2
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	36,6	27,8	0,0
3	M54	Rückenschmerzen	34,3	29,3	1,4
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	27,1	27,5	0,0
5	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	25,5	32,3	2,6
6	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	23,1	23,9	0,0
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	20,0	31,7	3,3
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	19,8	38,7	3,0
9	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	17,8	24,5	0,0
10	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	15,5	36,8	0,0
11	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	14,9	28,6	0,0
12	I83	Varizen der unteren Extremitäten	14,9	30,2	1,3
13	H26	Sonstige Kataraktformen	14,8	30,1	0,3
14	H25	Cataracta senilis	13,8	29,5	2,1
15	E04	Sonstige nichttoxische Struma	12,7	27,5	0,8
16	E66	Adipositas	12,7	30,3	0,1
17	M47	Spondylose	12,7	31,4	1,1
18	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	12,5	29,2	0,4
19	N40	Prostatahyperplasie	12,4	32,7	1,8
20	N95	Klimakterische Störungen	12,0	23,2	0,2
21	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	12,0	33,0	0,8
22	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	12,0	34,8	4,2
23	F32	Depressive Episode	11,9	34,0	1,1
24	K29	Gastritis und Duodenitis	11,1	36,5	3,0
25	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	10,9	31,7	0,0
26	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	10,7	34,9	0,0
27	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	10,6	39,7	3,8
28	M19	Sonstige Arthrose	10,5	31,9	1,0
29	I50	Herzinsuffizienz	10,4	47,4	14,5
30	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	10,0	39,3	7,0
31	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	9,8	48,7	8,0
32	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	9,8	37,6	1,8