

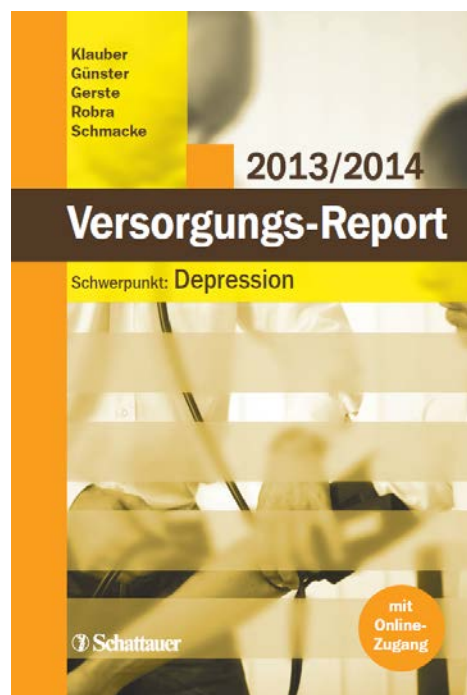
Versorgungs-Report 2013/2014

„Depression“

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

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 257-308



11	Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.....	257
	<i>Bettina Gerste und Christian Günster</i>	
	Teil A – Daten und Methoden	
11.1	Nutzung von Routinedaten.....	258
11.2	Daten.....	259
11.2.1	Verwendete Datenbasis	259
11.2.2	Regionalisierte Darstellungen.....	262
11.3	Methoden	263
11.3.1	Adjustierung der Daten.....	263
11.3.2	Aufgreifen von Analysepopulationen anhand von Diagnoseangaben und Validierung.....	263
11.3.3	Ergebnisaufbereitung.....	264
11.4	Limitationen.....	266
	Teil B – Ergebnisse 2010	
11.5	Behandlungsprävalenzen	268
11.5.1	Die häufigsten Erkrankungen nach Einzeldiagnosen	269
11.5.2	Erkrankungen nach Diagnosegruppen	282
11.5.3	Trends – Die Diagnosehäufigkeit im Vorjahresvergleich.....	284
11.6	Stationäre Behandlungen	284
11.7	Arzneiverordnungen	291
11.8	Ärztliche Inanspruchnahme	298
11.9	Inanspruchnahme von Heilmitteln.....	302
11.10	Verteilung der Ausgaben	303
11.11	Deutsche Wohnbevölkerung	307

11 Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Bettina Gerste und Christian Günster

Dieser deskriptiv ausgerichtete Beitrag gibt einen Überblick über die Diagnosehäufigkeit von Erkrankungen im Jahr 2010 und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den vier ausgabenwirksamsten Leistungssektoren des Gesundheitswesens: der ambulanten ärztlichen Versorgung, der Arzneimittel- und Heilmittelversorgung sowie der stationären Versorgung. Auf der Grundlage von AOK-Routinedaten präsentiert er in Teil B verschiedene Kennzahlen aus diesen Sektoren.

In Teil A beschreibt er zunächst die methodischen Details, die gleichermaßen diesem Kapitel wie auch den Beiträgen des Krankheits- und Behandlungsmonitorings (Kapitel 6 bis 10 in diesem Band) zugrunde liegen. Dabei werden die Datenbasis und die daraus abgeleiteten Kennzahlen sowie die Verfahren zur Alters- und Geschlechtsadjustierung dargestellt. Zudem finden sich Anmerkungen zur Diagnosevalidierung und es wird erläutert, wie beim Aufgreifen der Analysepopulationen und damit bei der Ermittlung von Prävalenz und Inzidenz einzelner Krankheitsarten vorgegangen wurde. Die Nutzung von Routinedaten wird diskutiert.

Die Analysen gehen konsequent vom Patienten aus und beleuchten aus intersektoraler Perspektive die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen über die rein sektorale Darstellung von Abrechnungsfällen hinaus. So werden Erkrankungshäufigkeiten immer unter Einbezug sowohl stationärer als auch ambulanter Diagnose-dokumentationen ermittelt. Dadurch bietet sich eine vollständigere Sicht auf das Krankheitsgeschehen, als es bei rein sektoralen Analysen der Fall ist.

Die vorliegenden Angaben basieren auf den Daten aller im Jahr 2010 bei der AOK versicherten Personen. Das waren über 24 Millionen Menschen.¹ Sie repräsentieren ein gutes Drittel der GKV-Versicherten und rund 31 Prozent der deutschen Bevölkerung. So findet sich hier eine äußerst umfangreiche Informationsbasis für Versorgungsanalysen und Gesundheitsberichterstattung, die weit umfänglicher ist als Primärerhebungen wie z. B. der Mikrozensus oder der Bundesgesundheits-Survey.

¹ Jahresdurchschnitt 2010 laut Mitgliederstatistik (inkl. mitversicherter Angehöriger) des BMG: 24,097 Mio. AOK-Versicherte und 69,803 Mio. GKV-Versicherte.

Teil A – Daten und Methoden

11.1 Nutzung von Routinedaten

Die Nutzung von Routinedaten für die Versorgungsforschung wird vielfältig diskutiert (z. B. Swart und Ihle 2005; Jaunzeme et al. 2013; Ozegowski 2013; Swart et al., im Druck). Routinedaten – hier konkret Daten aus dem Abrechnungsprozess zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern – können ohne oder mit nur geringem Aufwand prinzipiell für Versorgungsanalysen verwendet werden. Im Unterschied zu Survey-basierten Primärerhebungen, die mit Non-Response und Ausfallraten konfrontiert sind (Geyer und Jaunzeme, im Druck), liegen die Angaben für alle Versicherten vollständig vor, da sie notwendiger Bestandteil der Abrechnung von Leistungen sind.

Gleichwohl darf der Entstehungskontext der Routinedaten nicht übersehen werden. Abrechnungsdaten begründen die Inrechnungstellung von Leistungen und zum Teil haben auch Diagnoseangaben eine legitimatorische Funktion bei der Rechnungslegung. Was allerdings die für die Versorgungsforschung besonders interessanten Diagnosedaten betrifft, hat im stationären Bereich mit der Einführung der diagnose-orientierten Fallpauschalen (DRGs) eine Zeitenwende eingesetzt. Flankiert durch Kodierrichtlinien, Diagnoseprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen und eigens geschultes Kodierpersonal in den Kliniken haben sich Vollständigkeit und Qualität der Angaben seit 2003 deutlich erhöht. Inzwischen basieren weite Teile der amtlichen Gesundheitsberichterstattung für den stationären Sektor auf Routinedaten (Statistisches Bundesamt 2011a; Statistisches Bundesamt 2011b). Auch wenn dieser Prozess für den ambulanten Bereich wieder am Anfang steht – nach dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) entfällt die verpflichtende Anwendung der ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) –, dürfte auch hier der Weg der Diagnosesicherung weiter voranschreiten.

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 der Gmündner Ersatzkasse zu nennen (Schubert et al. 2008; Swart et al. 2008; Bitzer et al. 2010). Die wesentliche Stärke der Routinedaten der Krankenkassen liegt – neben den großen Fallzahlen – darin, dass verschiedene Leistungsereignisse im Zeitverlauf und leistungssektorenübergreifend miteinander verschränkt werden können. Dies ermöglicht spezielle Methoden der Diagnosevalidierung.

11.2 Daten

11.2.1 Verwendete Datenbasis

Für die Analysen wird auf die anonymisierten Abrechnungsdaten aller AOK-Versicherten mit mindestens einem Versichertentag im Auswertungsjahr 2010 zurückgegriffen. Insgesamt lagen Angaben von 25 593 850 Versicherten vor. Berücksichtigt werden können in dieser Ausgabe des Versorgungs-Report die vier Leistungsbereiche

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

sowie die Daten der Mitgliederbestandsführung (Versichertenstammdaten nach § 290, 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 im Rahmen 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 die erbrachten medizinischen Leistungen in den dargestellten Leistungsbereichen fast vollständig ab, soweit sie im GKV-Leistungskatalog enthalten sind. In den Routinedaten fehlen jedoch grundsätzlich alle individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und sonstige privat abgerechneten Leistungen, die nicht von der GKV übernommen werden.

Wenn in den jeweiligen Darstellungen einzelner Kapitel nicht anderslautend erwähnt, werden die Daten unter Berücksichtigung der im Folgenden beschriebenen Präzisierungen ausgewertet.

Arzneimittelversorgung

Basis sind die von niedergelassenen Vertragsärzten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgestellten Rezepte, die die Versicherten in den Apotheken einlösen. Die Rezepte werden von den Apothekenrechenzentren weiterverarbeitet und mit der AOK abgerechnet. Die dabei ausgetauschten Rezeptinformationen enthalten neben der Pharmazentralnummer des abgegebenen Präparats u. a. auch das Verordnungs- und das Abgabedatum sowie Angaben zum Preis.

Das Verordnungsdatum des Rezeptes bestimmt die Zuordnung der Leistung zum Berichtszeitraum. Auf Basis der Pharmazentralnummer werden im WiDO die Zuordnungen zu einzelnen Wirkstoffgruppen vorgenommen. Die Wirkstoffe sind nach der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) verschlüsselt.

² Den Arzneimittelverordnungen wurde gemäß ihrer Pharmazentralnummer mittels der WiDO-Stammdatei die Kodierung nach der anatomisch-therapeutisch-chemischen (ATC) Klassifikation hinzugefügt. Vgl. DIMDI 2012.

Dabei werden die Schlüsselnummern des ATC-Index des WiDO verwendet, in dem auch die definierten Tagesdosen (DDD) festgelegt sind.³

Weitere Präzisierungen:

- Im Krankheits- und Behandlungsmonitoring (Kapitel 6 bis 10) werden ausschließlich Fertigarzneimittel ausgewertet.
- In den Übersichten des vorliegenden Kapitels sind Fertigarzneimittel und Nicht-Fertigarzneimittel berücksichtigt.
- Ausgaben für Arzneiverordnungen wurden auf Basis des Apothekenverkaufspreises ermittelt.

Stationäre Versorgung

Grundlage sind die mit der Krankenkasse abgerechneten Behandlungsfälle der stationären Versorgung. Sie enthalten u. a. das Aufnahme- und Entlassungsdatum jedes Falles, die Einweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen laut ICD-10-GM, die Prozedurenangaben laut OPS-301 inkl. des Datums der Operation sowie die Entgelte und Sonderentgelte, aus denen sich die Gesamtkosten stationärer Behandlungsfälle ergeben.

Weitere Präzisierungen:

- Zur Bestimmung von Erkrankungshäufigkeiten wird auf die Entlassungsdiagnose (Hauptdiagnose) zurückgegriffen.
- Die Verweildauer eines Krankenhausabrechnungsfalles wird aus dem Aufnahme- und Entlassungsdatum (Mitternachtsstatistik) ermittelt, alle Verweildauern eines Patienten im Jahr werden summiert zur Anzahl aller Krankenhaustage in einem Berichtsjahr.
- Angaben zur Fachabteilung basieren auf der Fachabteilung mit der längsten Verweildauer.
- In der Regel werden voll- oder teilstationäre Aufenthalte berücksichtigt, und zwar alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Abrechnungsfälle. Eine eventuelle vor- oder nachstationäre Behandlung wird im Versorgungs-Report nicht ausgewiesen. Die Fälle mit ambulanten Operationen im Krankenhaus werden in der Regel nicht berücksichtigt, auf die Informationen kann im Sonderfall jedoch zurückgegriffen werden (siehe den Beitrag von Möckel et al., Kapitel 10 in diesem Band).

Ambulante Versorgung

Grundlage sind die mit der Krankenkasse abgerechneten Behandlungsfälle der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Als ein Behandlungsfall gilt die Konsultation eines Patienten bei einem Arzt in einem Quartal; dabei ist die Anzahl der Praxisbesuche im Quartal unerheblich.

Die Daten enthalten u. a. die angeforderten Leistungen in Punkten sowie die Sachleistungen in Eurobeträgen nach den Gebührenordnungs-Nummern (EBM-Ziffern) und dem Behandlungsdatum. Auch Informationen zu den abrechnenden Einheiten sind verfügbar, z. B. die Fachgruppe des behandelnden Arztes bzw. der Arztpraxis (Betriebsstätte) laut Fachgruppenzuordnung der KBV.

³ Siehe auch: http://www.wido.de/arz_atcddd-klassifi.html (02. März 2013).

Zu jedem Abrechnungsfall werden quartalsweise auch die Behandlungsdiagnosen laut ICD-10-GM sowie im Falle ambulanter Operationen die Prozedurenangaben laut OPS-301 dokumentiert.

Weitere Präzisierungen:

- Sowohl kollektivvertragliche als auch selektivvertragliche Versorgung wurde berücksichtigt.
- Die Ausgaben der kollektivvertraglichen Versorgung wurden auf Basis regionaler rechnerischer Punktwerte aus Formblatt 3 ermittelt.
- Die Ausgaben der selektivvertraglichen Versorgung (z. B. HzV-Verträge) wurden ohne die Ausgaben für eingeschriebene Personen ohne Leistungsanspruchnahme ermittelt (d. h. nur Abrechnungsfälle mit Praxiskontakt wurden berücksichtigt).
- Die Anzahl unterschiedlicher Arztpraxen je Person wird aus den distinkten Betriebsstättennummern ermittelt.
- Wenn einer als Gemeinschaftspraxis organisierten Facharztpraxis Ärzte verschiedener Fachgruppen angehören, wird diese Praxis (Betriebsstätte) der Restkategorie „fachgruppenübergreifende Facharztpraxen“ zugerechnet.
- Als Hausärzte gelten die Ärzte der Fachgruppen Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten und Kinderärzte (laut Arztstammdatei der KBV).

Heilmittelversorgung

Basis sind die von niedergelassenen Vertragsärzten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgestellten Heilmittel-Rezepte, die die Versicherten bei entsprechenden Leistungsanbietern einlösen.

Präzisierungen:

- Bei Zählung der Leistungen werden nur therapeutische Leistungen berücksichtigt (ohne Zusatzleistungen).
- Ausgewiesene Heilmittelausgaben beinhalten den Bruttoumsatz inkl. Zusatzleistungen (z. B. für Hausbesuche).

Medizinische Rehabilitation

Im Datenpool zur stationären Versorgung sind auch Abrechnungsfälle der stationären Rehabilitation enthalten; auf Daten der stationären medizinischen Reha (zu Lasten der Krankenversicherung) 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 die stationäre medizinische Reha ausgeklammert.

Sonstiges

Zur Klassifikation von Erkrankungen, Prozeduren und Wirkstoffen werden die jeweiligen im Auswertungsjahr geltenden amtlichen Kataloge verwendet. Die Präzisierungen zu Diagnose- und Prozedurendaten, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich dokumentiert werden, sowie die Bedingungen zu den Versicherungszeiten der Untersuchungspopulationen gelten für die Angaben aus beiden Versorgungsbereichen.

- In der Regel werden nur gesicherte⁴ Diagnosen aus der stationären und ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nach den (i. d. R. dreistelligen) ICD-Schlüsselnummern der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (10. Revision, nach DIMDI) berücksichtigt.
- Diagnostische oder therapeutische Eingriffe und Operationen aus der stationären und ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sowie der ambulanten Versorgung am Krankenhaus werden in den Analysen berücksichtigt: Sie sind nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) verschlüsselt, der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Die Anwendung erfolgt im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V, im Bereich des ambulanten Operierens am Krankenhaus gemäß § 115b SGB V. Prozeduren im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich (z. B. Herzkatheteruntersuchungen) wurden in dieser Ausgabe des Reports über entsprechende Gebührenordnungsziffern identifiziert.
- Versichertenstammdaten: Bei der Berechnung von Kennzahlen müssen in Zähler und Nenner dieselben Bedingungen für die Versicherungszeiten aller untersuchten Personen gelten. Beim Krankheits- und Behandlungsmonitoring (Kapitel 6 bis 10) wurden durchgängig im Beobachtungszeitraum versicherte Personen (mindestens 360 Versichertentage im Jahr) und – je nach Untersuchungsdesign des Beitrags – auch Verstorbene berücksichtigt. In den statistischen Übersichten in Teil B dieses Kapitels hingegen wurden alle Personen mit mindestens einem Versicherungstag im Berichtsjahr berücksichtigt.

11.2.2 Regionalisierte Darstellungen

Je nach Fragestellung und Untersuchungszusammenhang können Regionalauswertungen im Versorgungs-Report nach Bundesland, nach Regions(grund)typen oder nach Raumordnungsregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) differenziert sein.⁵ Die Zuordnung erfolgt auf Basis der Postleitzahl des Versichertenwohnorts.

Die siedlungsstrukturellen Regionstypen des BBSR unterscheiden nach den Kriterien „Zentralität“ und „Verdichtung“ die drei Regionsgrundtypen a) ländliche Räume, b) verstädterte Räume und c) Agglomerationsräume (Großstädte und Einzugsraum). Basis der Zuordnung sind Bevölkerungsdichte und Regionsgröße. Als Bezugsrahmen für die großräumigen Analysen von Diagnose- und Erkrankungshäufigkeiten im Versorgungs-Report werden i. d. R. die 96 Raumordnungsregionen (Stand 2008) des BBSR verwendet.

⁴ Die niedergelassenen Ärzte erfassen seit 2004 auch die Diagnosesicherheit. Dabei differenzieren vier Zusatzkennzeichen Ausschluss-, Verdachts- oder Gesicherte Diagnosen sowie den (symptomlosen) Zustand nach der betreffenden Diagnose.

⁵ Siehe auch: <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Werkzeuge/Raumabgrenzungen> (Zugriff 02. September 2013).

11.3 Methoden

11.3.1 Adjustierung der Daten

Da sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der AOK-Versicherten von der der bundesdeutschen Bevölkerung unterscheidet, wird in den Darstellungen des Versorgungs-Reports eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung (Kreienbrock und Schach 1997) auf die deutsche Wohnbevölkerung vorgenommen (Fünf-Jahres-Altersklassen).⁶ In Abbildung 11–12 sind die Alters- und Geschlechtsverteilungen der AOK-Versicherten sowie der deutschen Wohnbevölkerung dargestellt.

In regionalisierten Darstellungen – beispielweise von Erkrankungshäufigkeiten eines Jahres – wird die Vergleichbarkeit der einzelnen Regionen hergestellt, indem auch hier die Alters- und Geschlechtsstruktur in ganz Deutschland zugrunde gelegt und auf die deutsche Wohnbevölkerung standardisiert wird. Allen Regionen wird dieselbe Alters- und Geschlechtsstruktur unterstellt, Morbiditätsunterschiede wären somit nicht auf demografische Unterschiede zurückzuführen. (Aussagebeispiel: Wenn in Region x genauso viele Personen erkrankt wären wie in Deutschland gesamt, dann läge die Prävalenz in der Region bei y Prozent.)

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 Erkrankte oder Leistungsereignisse finden sich pro Jahr?“). Sollen Alterungseffekte herausgerechnet werden (bei Fragen wie beispielsweise: „Trägt die Alterung dazu bei, dass mehr Leistungsereignisse, z. B. Rückenoperationen, durchgeführt werden?“), ist die Standardpopulation für alle Jahre die des ersten Beobachtungsjahres.

Unterschiede etwa im kassenartenspezifischen Morbiditätsrisiko können mittels Alters- und Geschlechtsadjustierung nicht vollständig ausgeräumt werden. Da die AOK-Versicherten möglicherweise bei einzelnen Krankheitsarten von einer höheren Krankheitslast betroffen sind als die Versicherten anderer Kassenarten, ist nicht auszuschließen, dass trotz einer Standardisierung bei der Hochrechnung auf die deutsche Wohnbevölkerung in Einzelfällen eine Über- oder Unterschätzung des Erkrankungsrisikos erfolgt.

11.3.2 Aufgreifen von Analysepopulationen anhand von Diagnoseangaben und Validierung

Die Bedingungen zur Bildung einer Analysepopulation für das Monitoring einzelner Erkrankungen im Versorgungs-Report sind im Wesentlichen an die in Kliniken oder Arztpraxen dokumentierten Diagnosen geknüpft. Grundsätzlich werden alle Personen berücksichtigt, die einen Krankenhausaufenthalt mit Zieldiagnose (als Haupt- oder Nebendiagnose) im Berichtsjahr aufweisen. Stationäre Diagnosenennungen werden

⁶ Die deutsche Wohnbevölkerung umfasste nach Angaben des Statistischen Bundesamtes am 31.12.2010 81 751 602 Personen.

als verlässlich bewertet, da die Kodierung von Krankenhausdiagnosen mehreren in den letzten Jahren stetig geschärften Prüfmechanismen unterliegt.⁷

Bei ausschließlich ambulant behandelten Personen wird im Falle einer chronischen Erkrankung eine Diagnosevalidierung unter Verwendung eines Persistenzkriteriums zwischengeschaltet. Die von niedergelassenen Medizinern in ambulanter Praxis dokumentierten Diagnosen, die ohne konsentiierte Kodierrichtlinien gestellt werden, bedürfen einer genaueren Prüfung, um beispielsweise falsch positive Fälle zu erkennen und einer „tatsächlichen“ Prävalenz möglichst nahe zu kommen.⁸

- Bei Erkrankungen mit kontinuierlichem Krankheitsverlauf und Behandlungsbedarf (z. B. Herzinsuffizienz) ist der Bezugszeitraum das Kalenderjahr. Die Diagnosevalidierung erfolgt innerhalb der vier Quartale des Berichtsjahrs. 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 der Erstdiagnose als individuelles Zeitfenster, nicht als Kalenderjahr definiert, um das Risiko einer Unterschätzung zu reduzieren.

Die Inzidenz wird als Teilmenge der Prävalenz verstanden und somit nicht unabhängig von der Prävalenz, sondern als „davon“-Wert ermittelt. Dies hat den Vorteil, dass bei Prävalenz und Inzidenz nicht zwei qualitativ unterschiedliche Verfahren angewendet werden. Wer in einem definierten Vorzeitraum keine Zieldiagnosen aufweist, gilt als neu erkrankt. Die Definition des Vorzeitraumes wird wiederum vom Krankheitsverlauf abgeleitet: Vorkalenderjahresfreiheit bei kontinuierlichem Verlauf, Diagnosefreiheit in einem individuell vor der Erstdiagnose liegenden Zeitraum bei episodenhaftem Verlauf.

11.3.3 Ergebnisaufbereitung

Der Berichtszeitraum beträgt in der Regel ein Kalenderjahr (unabhängig von der Art des Aufgreifens oder der Diagnosevalidierung, die in das Vorkalenderjahr zurückreichen kann). Die Versorgung von Patientengruppen wird im Wesentlichen anhand folgender Kennzahlen beschrieben:

- Behandlungsquoten (Anteil Patienten mit Behandlung in einem Leistungsbe- reich an der Gesamtpopulation)
- Menge in Anspruch genommener Gesundheitsleistungen (z. B. Abrechnungsfäl- le, Wirkstoffdosen)
- Kosten in Anspruch genommener Gesundheitsleistungen

7 Mit der Einführung von diagnoseorientierten 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.

8 Zur Interpretation siehe auch Abschnitt 11.4.

Behandlungsquoten und Kennzahlen zur Inanspruchnahme werden – nach Leistungsbereichen gegliedert – in Abschnitt 11.5 (Teil B) erläutert, dort finden sich u. a. auch Angaben zur erkrankungsunspezifischen Leistungsinanspruchnahme auf Bundesebene (inklusive Lesebeispiel), um bei Bedarf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung durch Patienten mit den im Monitoring-Block analysierten Erkrankungen damit zu vergleichen und einordnen zu können. In den Kostenbetrachtungen werden berücksichtigt:

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

Aufgrund der intersektoralen Analyseperspektive bei der Selektion von Untersuchungspopulationen sind 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 werden in allen Darstellungen immer auch die Leistungen und Aufwendungen für Komorbidität mit abgebildet.⁹

Vergleichsgruppe ohne Zielerkrankung

In einigen Beiträgen des Krankheits- und Behandlungsmonitorings werden zur besseren Einschätzung der Ergebnisse Kennzahlen auch für eine Vergleichsgruppe ohne Zielerkrankung erzeugt. Darin sind alle Patienten abgebildet, bei denen in den Diagnosedaten keinerlei Hinweise auf eine Zielerkrankung erkennbar sind (ausgeschlossen werden Personen mit kodierter Zieldiagnose – sowohl als gesicherte als auch als Verdachts-, Ausschluss- oder Zustand-nach-Diagnosen), die aber alle ande-

⁹ Eine Zuordnung von Diagnosen zu abgerechneten Leistungen – und damit eine Annäherung an die 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.

ren Aufgreifbedingungen (z. B. Alter oder Versicherungsdauer) der Zielpopulation erfüllen. Die Diagnosefreiheit gilt für das jeweilige Auswertungsjahr.

Die Vergleichsgruppe wird nach Alter und Geschlecht adjustiert, dabei wird die Alters- und Geschlechtsverteilung der Untersuchungsgruppe mit Erkrankung zugrunde gelegt. Wenn in Letzterer Verstorbene einbezogen sind, wird die Vergleichsgruppe auch nach Tod (Anteil Verstorbene) adjustiert.

Die Differenzen zwischen Fall- und Vergleichsgruppe zeigen die unterschiedliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen an. Mehrausgaben auf Seiten der Zielpopulation (Exzesskosten) können jedoch nicht sicher als krankheitsspezifische Kosten gewertet werden, denn die Mehrkosten resultieren nicht eindeutig aus der Behandlung einer Zielerkrankung, sondern können beispielsweise auch der Behandlung von Komorbiditäten geschuldet sein.

11.4 Limitationen

Die Abrechnungsdaten von mehr als 25 Mio. AOK-Versicherten bieten die Chance, sektorenübergreifend Langzeitverläufe von großen Populationen ohne regionale Eingrenzung und ohne Beschränkung auf einen einzelnen Leistungssektor zu analysieren. An einigen Stellen müssen Einschränkungen beachtet werden, denn aus unterschiedlichen Gründen können Unschärfen oder Lücken in den Routinedaten eines Datenjahrgangs entstehen.

- 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 wurden 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. Beispielsweise bleiben in Auswertungen zur Akupunktur die möglicherweise im Rahmen von Selektivverträgen vereinbarten und abgerechneten Akupunkturleistungen unberücksichtigt.
- 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 vierstellige Angaben beschränkt werden. Außerdem fordern einige Praxisinformationssysteme nur eine dreistellige ICD-Dokumentation und ergänzen in der vierten Stelle des Codes automatisch eine 9 („nicht näher bezeichnet“).
- 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 (und damit auch in den Routinedaten) darüber keine Information vor, obwohl die Leistung selbst im GKV-Leistungskatalog enthalten sein kann.

Dies ist relativ häufig bei sogenannten OTC (Over the Counter)-Präparaten der Fall, wenn wie beispielsweise 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.

- Wenn Rezepte beim automatischen Einscannen in den Apothekenrechenzentren unlesbar waren, ist eine Verzahnung mit anderen Leistungen eines Versicherten nicht möglich. Die keinem Versicherten zuordenbaren Arzneimittelleistungen bleiben in den Analysen unberücksichtigt.
- Rehabilitationsmaßnahmen werden überwiegend zu Lasten der Rentenversicherung erbracht; sie sind in den Krankenkassendaten nur dann vorhanden, wenn die Krankenkasse der Kostenträger einer Reha-Maßnahme ist. Der Vollständigkeit halber werden sie in einzelnen Monitoring-Beiträgen berichtet, sind zur Beurteilung der Versorgung jedoch nicht nutzbar.

Auch bei einer umfangreichen Datengrundlage sind die Grenzen der Belastbarkeit dieser Daten zu beachten. Zu nennen sind vor allem die Verlässlichkeit der Diagnosedokumentation durch die Leistungserbringer (keine „tatsächlichen“ Prävalenzen, sondern „dokumentierte“ Werte) und die Frage, ob Morbiditätsunterschiede zwischen den Krankenkassen durch die vorgenommene Alters- und Geschlechtsstandardisierung ausreichend ausgeglichen werden, um auf Basis von AOK-Daten Aussagen über die gesamte deutsche Bevölkerung treffen zu können (Schnee 2008; Hoffmann und Icks 2012).

Die Diagnosedaten enthalten die die Abrechnung begründenden Behandlungsanlässe und beschreiben die dokumentierte Behandlungsmorbidität. Dass in der Regel Unterschiede zwischen dokumentierter, behandelter und tatsächlicher Morbidität bestehen, muss bei der Interpretation grundsätzlich berücksichtigt werden (z. B. Gerste und Gutschmidt 2006). Erschwerend wirken in diesem Zusammenhang folgende Sachverhalte:

- Über Diagnosenennungen können bestenfalls therapierte Erkrankte ermittelt werden. Erkrankte ohne Arztkontakt bleiben unerkannt.
- Diagnosen können fehlerhaft in die ICD-Systematik verschlüsselt werden.
- Bei multimorbiden Patienten können bei konkurrierenden Diagnosen tatsächlich vorliegende Erkrankungen ungenannt bleiben, wenn nur die vergleichsweise „höherwertige“ Diagnose aufgezeichnet wird.
- Aufgrund praxisinterner Abläufe können möglicherweise Diagnosen ungewollt über mehrere Abrechnungsquartale hinweg fortgeführt werden, obwohl die 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 Erkrankungshäufigkeit wider. Die im stationären Bereich intensiv Diagnosen- und Prozedurenangaben absichernde Abrechnungsprüfung wirkt dem zum Teil entgegen. Für die von niedergelassenen Ärzten dokumentierten Diagnosen gibt es eine derartige Validierung derzeit nicht.

Zwar lässt sich die Quote fehlerhaft verschlüsselter Diagnosen verringern, indem diagnosevalidierende Merkmale wie Diagnoseherkunft (stationär oder ambulant), Dokumentationsdauer, Medikation erkrankungsspezifischer Wirkstoffe oder je nach Fragestellung weitere Merkmale hinzugezogen werden. Dennoch dürften Unterschiede zwischen den in Routinedaten und in Surveys ermittelten Häufigkeiten in vielen Fällen bestehen bleiben.

Teil B – Ergebnisse 2010

11.5 Behandlungsprävalenzen

Die in Deutschland dokumentierte Morbidität wird anhand der Behandlungsdiagnosen a) für dreistellige Einzeldiagnosen des ICD-10-GM¹⁰ (Abschnitt 11.5.1) und b) für Diagnosegruppen (Abschnitt 11.5.2) beschrieben. Alle ausgewiesenen Werte sind Jahresprävalenzen und werden auf der Basis von stationär gestellten oder – wenn keine Krankenhausbehandlung vorlag – allein auf der Basis von ambulant dokumentierten gesicherten Diagnosen ermittelt. In diesem Fall wird bei chronischen Krankheiten eine Diagnosevalidierung vorgenommen (siehe Abschnitt 11.3.2).

Die Erkrankungshäufigkeiten werden für die Bevölkerung insgesamt sowie nach Geschlecht und Altersgruppen gesondert ausgewiesen. Die Prävalenzinformation wird ergänzt um die Hospitalisierungsquoten jeder Patientengruppe. Somit werden Diagnoseangaben mit Informationen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verknüpft und die Krankenhaushäufigkeit einzelner Erkrankungen transparent: „x Prozent der Patienten mit einer bestimmten Krankheit werden stationär behandelt“. Dies geht über die gewohnte Darstellung von Krankenhausfällen nach Krankenhausdiagnose hinaus und beschreibt die Inanspruchnahme der stationären Versorgung durch einzelne Patientengruppen für alle hier ausgewiesenen Krankheitsarten.

10 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 dar, dass eine Inanspruchnahme des Gesundheitswesens stattgefunden hat. Daher sind sie in den Tabellen mit aufgeführt.

11.5.1 Die häufigsten Erkrankungen nach Einzeldiagnosen

Basis der sechs Tabellen dieses Abschnitts ist die im Internetportal des Versorgungs-Reports¹¹ abrufbare Tabelle 11–1, die alle Erkrankungen mit mehr als hochgerechnet 1 000 Betroffenen aufführt. In diesem Buchbeitrag wird die Tabelle begrenzt auf die 100 häufigsten Diagnosen dargestellt.

Die Gesamtdarstellung der Tabelle 11–1 wird zur Erstellung der Tabellen 11–2 bis 11–6 herangezogen und jeweils nach den Kriterien Häufigkeit, Geschlecht und Altersgruppe neu sortiert. Die daraus resultierenden „Hitlisten“ der häufigsten Erkrankungen

- a) insgesamt (Tabelle 11–1),
- b) bei Männern oder Frauen (Tabellen 11–2 und 11–3) sowie
- c) in drei verschiedenen Altersgruppen (Tabellen 11–4 bis 11–6)

sollen geschlechts- oder altersspezifische Unterschiede verdeutlichen und weisen alle eine ähnliche Struktur auf. Während in Tabelle 11–1 die Angaben jeder Subgruppe in einer eigenen Spalte dargestellt sind, werden in den nachfolgenden Tabellen nur die jeweils relevanten (aus dem Tabellentitel ersichtlichen) Prävalenzspalten sowie die zugehörigen Hospitalisierungsquoten ausgewiesen.

Tabellen 11-1 bis 11-7: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Rang: Rangposition in der „Hitliste“ der häufigsten Erkrankungen

ICD-Dreisteller: Dreistellige ICD-Schlüsselnummer mit Klartextbeschreibung

Prävalenz gesamt: Häufigkeit der Diagnose im Jahr 2010 insgesamt in der Bevölkerung. Anteil aller mit der Diagnose behandelten Personen (laut alters- und geschlechtsadjustierter Hochrechnung) an allen 82 Mio. Deutschen. Die Gesamtprävalenz der Rückenschmerzen laut ICD M54 betrug 25,4 Prozent.

Abweichung Vorjahr (in Prozentpunkten): Abweichung der Prävalenz gesamt (aus der vorangehenden Spalte) zum Vorjahr in Prozentpunkten. Die Abweichung der Gesamtprävalenz zum Vorjahr betrug bei Rückenschmerzen 0,1 Prozentpunkte.

Prävalenz männlich: Diagnosehäufigkeit in der männlichen Bevölkerung. Anteil der erkrankten männlichen Personen an allen männlichen Personen. Von allen männlichen Personen waren 22,7 Prozent an Rückenschmerzen erkrankt (diese Angabe ist auch in Tabelle 11–2 zu finden).

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

¹¹ Das Internetportal zum Versorgungs-Report ist unter folgender Adresse abrufbar: www.versorgungs-report-online.de.

weiblichen Personen waren 28,0 Prozent an Rückenschmerzen erkrankt (diese Angabe ist auch in Tabelle 11–3 zu finden).

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. Bei Kindern und Jugendlichen waren Rückenschmerzen recht selten; die Diagnose wurde für 3,6 Prozent aller Kinder und Jugendlichen dokumentiert (Angabe auch in Tabelle 11–4 zu finden).

Prävalenz 18–59 Jahre: Diagnosehäufigkeit bei Erwachsenen jüngeren und mittleren Alters von 18 bis unter 60 Jahren. Von allen Erwachsenen mittleren Alters waren 27,5 Prozent von Rückenschmerzen betroffen (Angabe auch in Tabelle 11–5 zu finden).

Prävalenz 60 und mehr Jahre: Diagnosehäufigkeit bei älteren Erwachsenen ab 60 Jahren. Bei 34,5 Prozent der Personen im Alter von 60 und mehr Jahren wurden Rückenschmerzen dokumentiert (Angabe auch in Tabelle 11–6 zu finden).

Hospitalisierungsquote allgemein: Anteil der Personen, die im Auswertungsjahr in stationärer Behandlung waren. Dabei werden alle Krankenhausaufenthalte gezählt, nicht nur die, die auf die in der Zeile betrachtete Erkrankung zurückzuführen sind. Von allen Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen war 2010 jeder Fünfte (20,5 Prozent) in stationärer Behandlung (unabhängig von der Art der Erkrankung).

Hospitalisierungsquote mit dieser Hauptdiagnose: Anteil der Personen, die im Auswertungsjahr mit dieser Hauptdiagnose in stationärer Behandlung waren (d. h. diese Diagnose stellt den stationären Behandlungsanlass dar). Von allen Personen mit der Diagnose Rückenschmerzen waren 0,8 Prozent im Jahr 2010 aufgrund von Rückenschmerzen in stationärer Behandlung. Die überwiegende Mehrheit der Patienten war aufgrund anderer Indikationen im Krankenhaus.

Lesebeispiel für Tabellen 11–1 bis 11–6:

In der deutschen Wohnbevölkerung wiesen 25,4 Prozent aller Personen die Diagnose ICD M54 auf. Diese kann sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich dokumentiert worden sein. Rückenschmerzen waren damit im Jahre 2010 der am häufigsten dokumentierte Behandlungsanlass überhaupt, noch vor der essentiellen (primären) Hypertonie mit 23,8 Prozent.¹² Im Vorjahresvergleich nahm die Häufigkeit um 0,1 Prozentpunkte leicht zu.

¹² An dritter Stelle stehen die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12). Diese Verfahren dienen der Abklärung von Verdachtsdiagnosen, die betroffenen Personen werden ggf. auch in der entsprechenden Zeile für Neubildungen aufgeführt.

Tabelle 11–1

Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten für die 100 häufigsten Behandlungsdiagnosen nach ICD-Dreisteller 2010

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)						Hospitalisierungsquote 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	25,4	0,1	22,7	28,0	3,6	27,5	34,5	20,5	0,8
2	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	23,8	0,5	21,7	25,8	0,2	13,6	60,7	25,4	1,1
3	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	20,2	0,0	6,3	33,6	0,6	24,4	23,2	17,7	0,0
4	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	15,2	0,9	14,2	16,1	25,9	10,0	18,1	17,2	0,0
5	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15,2	–3,0	14,8	15,5	35,1	14,0	5,2	14,0	0,2
6	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	14,7	0,1	14,1	15,2	0,2	8,9	36,4	24,0	0,0
7	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	13,7	–3,0	12,2	15,1	8,7	6,9	31,8	22,3	0,0
8	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	10,3	–0,3	6,2	14,3	10,7	11,2	8,1	25,1	1,6
9	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	9,5	0,0	0,0	18,7	2,0	13,8	4,8	17,8	0,0
10	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	8,4	0,4	8,3	8,5	0,0	3,7	23,9	30,0	2,8
11	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,4	–0,1	6,5	10,2	0,8	8,4	13,0	21,8	0,3
12	J20 Akute Bronchitis	8,3	–1,1	8,1	8,4	15,7	7,2	6,0	18,0	1,4
13	K29 Gastritis und Duodenitis	7,7	0,0	7,0	8,5	1,9	7,9	11,1	26,1	2,1
14	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	7,3	0,2	5,7	8,9	0,0	3,6	19,9	28,6	3,3
15	L30 Sonstige Dermatitis	7,2	0,0	6,4	8,0	8,0	5,9	9,6	20,3	0,1
16	E66 Adipositas	7,2	0,1	5,7	8,6	2,4	6,1	12,6	24,2	0,2
17	Z30 Kontrazeptive Maßnahmen	7,1	–0,1	0,0	13,9	3,2	11,4	0,1	14,6	0,0
18	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,0	0,1	5,9	8,0	2,3	8,1	7,4	19,8	0,0
19	E04 Sonstige nichttoxische Struma	6,8	0,1	3,1	10,3	0,6	6,1	12,2	21,5	1,2
20	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,6	0,0	5,5	7,7	5,9	2,7	15,8	23,4	0,0
21	F32 Depressive Episode	6,5	0,4	4,1	9,0	0,2	6,1	11,4	29,1	2,1
22	I83 Varizen der unteren Extremitäten	6,5	0,0	3,5	9,3	0,0	4,2	15,2	25,2	1,7
23	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,2	–0,4	6,4	6,0	10,2	5,2	6,2	21,6	0,1
24	N95 Klimakterische Störungen	6,1	–0,1	0,0	12,0	0,0	5,0	12,3	19,5	0,2
25	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	6,1	0,3	6,9	5,2	0,0	1,5	19,7	37,6	3,5
26	M25 Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,9	0,2	5,3	6,6	2,1	6,0	8,3	23,5	0,5



Tabelle 11–1
Fortsetzung

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass		Prävalenz (in %)						Hospitalisierungsquote gesamt (in %)		
			gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	allg.	mit dieser Hauptdiagnose
27	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,9	0,1	2,7	8,9	2,7	4,6	10,6	29,8	2,5
28	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	5,8	0,3	5,7	5,9	0,1	6,0	9,1	26,1	3,2
29	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	5,8	0,3	5,4	6,1	0,3	4,9	11,1	27,2	0,9
30	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5,7	0,0	5,2	6,2	7,4	6,4	3,4	14,5	0,0
31	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	5,7	–0,3	5,5	5,8	14,0	3,5	3,9	15,8	0,0
32	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	5,6	0,8	5,7	5,5	9,9	5,9	2,4	19,4	3,4
33	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	5,4	–1,3	4,9	6,0	13,4	2,9	5,5	16,1	0,0
34	H10	Konjunktivitis	5,4	–0,1	4,8	5,9	11,0	3,7	5,2	17,7	0,0
35	M47	Spondylose	5,2	0,2	4,3	6,1	0,0	3,4	12,5	27,3	1,1
36	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,2	0,1	3,9	6,4	2,1	5,3	7,0	23,5	0,8
37	J03	Akute Tonsillitis	5,0	–0,3	4,7	5,3	14,7	4,3	0,8	13,7	0,6
38	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	4,8	0,1	4,8	4,8	3,7	3,3	8,8	21,6	0,1
39	J02	Akute Pharyngitis	4,7	–0,4	4,3	5,2	10,5	4,6	1,8	14,7	0,1
40	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	4,7	0,2	2,0	7,3	2,1	5,1	5,5	20,2	0,2
41	M77	Sonstige Enthesopathien	4,7	0,2	3,9	5,4	0,6	5,4	5,7	18,1	0,2
42	R51	Kopfschmerz	4,6	–0,4	3,8	5,4	5,9	5,2	2,7	18,3	0,6
43	H26	Sonstige Kataraktformen	4,5	0,1	3,6	5,3	0,1	0,9	15,0	28,8	0,4
44	M75	Schulterläsionen	4,5	0,1	4,2	4,7	0,1	4,2	7,8	23,8	3,0
45	D22	Melanozytennävus	4,5	0,1	3,8	5,1	2,8	4,8	4,9	15,9	0,1
46	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,4	0,3	4,8	3,9	0,3	5,7	4,0	25,5	0,0
47	J45	Asthma bronchiale	4,3	0,2	3,9	4,8	5,1	4,0	4,8	20,9	0,7
48	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	4,3	–0,1	3,3	5,2	5,1	4,3	3,9	19,0	0,7
49	F45	Somatoforme Störungen	4,2	0,2	2,6	5,8	0,5	4,3	6,5	26,4	1,1
50	M19	Sonstige Arthrose	4,2	0,2	3,6	4,8	0,0	2,6	10,2	28,0	1,0
51	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	4,1	0,1	3,6	4,7	0,0	1,7	12,0	31,8	4,2

Tabelle 11–1
Fortsetzung

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)							Hospitalisierungsquote gesamt (in %)	
		gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	allg.	mit dieser Hauptdiagnose
52	H25 Cataracta senilis	4,1	0,0	3,4	4,8	0,0	0,7	14,1	28,6	2,2
53	N94 Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	4,1	0,0	0,0	8,0	2,8	6,1	0,6	14,1	0,2
54	Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	4,1	0,3	3,2	5,0	0,2	0,8	13,7	36,9	0,0
55	N40 Prostatahyperplasie	4,1	0,1	8,3	0,0	0,0	1,3	12,6	30,2	1,8
56	E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	4,1	0,1	4,0	4,1	0,1	1,7	11,6	32,3	0,0
57	E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	4,0	0,0	5,1	3,0	0,0	2,0	11,1	27,8	0,0
58	N76 Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	4,0	–0,2	0,0	7,8	1,4	5,3	2,7	20,1	0,2
59	R05 Husten	4,0	–0,3	3,6	4,3	10,8	2,5	3,2	17,3	0,1
60	R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	3,9	0,1	3,0	4,9	0,9	3,3	7,2	34,1	0,3
61	K76 Sonstige Krankheiten der Leber	3,8	0,1	4,2	3,4	0,0	2,7	8,6	26,0	0,3
62	E03 Sonstige Hypothyreose	3,8	0,4	1,6	6,0	1,0	3,8	5,5	22,3	0,1
63	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	3,8	0,0	3,5	4,1	0,3	1,8	10,3	33,1	1,5
64	I84 Hämorrhoiden	3,8	0,0	3,7	3,9	0,1	3,5	6,8	24,2	1,6
65	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	3,8	0,2	4,2	3,4	0,7	2,0	9,5	34,2	5,7
66	B34 Viruskrankheit nicht näher bestimmter Lokalisation	3,7	–1,1	3,8	3,7	11,9	2,8	0,8	13,6	0,3
67	R42 Schwindel und Taumel	3,7	0,0	2,7	4,7	1,0	3,1	6,8	28,4	1,5
68	M21 Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	3,7	0,1	3,0	4,4	3,6	3,1	5,2	20,2	0,4
69	L20 Atopisches [endogenes] Ekzem	3,6	0,0	3,1	4,2	9,0	2,8	2,2	15,2	0,3
70	N92 Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	3,6	0,0	0,0	7,1	1,4	5,9	0,0	16,4	0,9
71	J32 Chronische Sinusitis	3,5	–0,1	3,0	3,9	3,0	4,3	2,2	18,0	1,8
72	Z24 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	3,4	–1,0	3,2	3,6	7,5	2,6	2,6	13,3	0,0
73	R11 Übelkeit und Erbrechen	3,4	–0,1	2,9	3,9	9,0	2,5	2,0	24,9	0,9
74	H91 Sonstiger Hörverlust	3,2	0,1	3,2	3,2	1,3	1,7	7,8	27,0	0,5
75	J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	3,2	–0,2	3,1	3,3	10,2	2,1	0,9	15,2	0,1
76	J01 Akute Sinusitis	3,1	–0,2	2,6	3,5	3,1	3,8	1,5	15,9	0,3



Tabelle 11–1
Fortsetzung

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz (in %)							Hospitalisierungsquote gesamt (in %)		
		gesamt	Abw. Vj. (%-Punkte)	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und mehr Jahre	allg.	mit dieser Hauptdiagnose	
77	H90	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	3,1	0,0	3,1	3,1	1,2	1,6	7,5	27,0	0,2
78	R06	Störungen der Atmung	3,0	0,0	3,0	3,1	2,1	2,4	5,1	34,5	1,4
79	I50	Herzinsuffizienz	3,0	0,1	2,6	3,4	0,0	0,5	10,4	46,5	14,3
80	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	2,9	–0,1	2,9	3,0	10,7	1,6	1,1	15,9	0,8
81	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	2,9	0,0	0,9	4,9	0,0	0,6	9,7	32,0	0,1
82	R07	Hals- und Brustschmerzen	2,8	–0,1	2,7	3,0	2,8	2,9	2,9	26,6	5,6
83	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	2,8	–1,0	2,9	2,7	12,0	1,2	0,7	17,9	0,4
84	I87	Sonstige Venenkrankheiten	2,8	0,0	1,6	3,9	0,0	1,7	7,1	28,0	0,2
85	H60	Otitis externa	2,8	0,0	2,7	2,9	2,8	2,5	3,6	19,4	0,1
86	J31	Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	2,8	–0,1	2,7	2,8	6,7	1,8	2,4	20,0	0,0
87	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	2,7	–0,6	2,7	2,7	8,1	0,9	2,4	18,8	0,0
88	J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	2,7	–0,3	2,3	3,1	4,8	2,6	1,7	17,0	0,2
89	H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	2,7	0,0	2,5	2,9	0,7	2,2	5,1	22,4	0,2
90	B35	Dermatophytose [Tinea]	2,7	0,0	2,8	2,6	1,1	2,3	4,4	20,9	0,0
91	L70	Akne	2,7	–0,1	1,8	3,5	4,1	3,3	0,2	11,8	0,0
92	H04	Affektionen des Tränenapparates	2,7	0,1	1,8	3,5	0,5	1,6	6,3	23,7	0,3
93	G47	Schlafstörungen	2,6	0,1	2,5	2,8	0,3	1,8	6,0	32,5	4,1
94	K80	Cholelithiasis	2,6	0,1	1,7	3,5	0,0	1,6	6,4	34,1	9,7
95	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	2,6	0,2	2,0	3,2	2,0	2,0	4,2	20,8	0,3
96	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	2,6	–0,2	2,6	2,6	7,6	1,7	1,3	17,1	0,3
97	I70	Atherosklerose	2,6	0,2	2,8	2,3	0,0	0,8	8,1	39,2	8,1
98	H40	Glaukom	2,6	0,0	2,1	3,0	0,0	0,9	7,9	27,0	2,0
99	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	2,6	0,2	2,6	2,5	0,0	0,4	8,8	47,8	9,0
100	I95	Hypotonie	2,5	–0,1	1,3	3,7	0,9	3,0	2,5	22,9	2,1

Tabelle 11–2

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei männlichen Patienten 2010

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsquote in %	
			allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	M54 Rückenschmerzen	22,7	19,7	0,8
2	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	21,7	26,2	0,8
3	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	14,8	13,1	0,3
4	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	14,2	18,1	0,0
5	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	14,1	25,0	0,0
6	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	12,2	23,4	0,0
7	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	8,3	30,5	3,1
8	N40 Prostatahyperplasie	8,3	30,2	1,8
9	J20 Akute Bronchitis	8,1	17,5	1,6
10	K29 Gastritis und Duodenitis	7,0	25,8	2,1
11	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	6,9	38,2	4,4
12	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	6,5	22,2	0,3
13	L30 Sonstige Dermatitis	6,4	20,9	0,2
14	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,4	20,5	0,1
15	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	6,3	22,1	0,0
16	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	6,2	25,2	1,9
17	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,9	19,4	0,0
18	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	5,7	17,4	3,0
19	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	5,7	25,8	3,5
20	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	5,7	28,8	3,0
21	E66 Adipositas	5,7	24,8	0,2
22	H52 Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,5	24,4	0,0
23	Z27 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	5,5	16,3	0,0
24	K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit	5,4	27,4	1,1
25	M25 Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,3	22,8	0,6
26	J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	5,2	13,3	0,0
27	E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	5,1	27,2	0,0
28	Z26 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	4,9	16,7	0,0
29	F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	4,8	27,2	0,0
30	H10 Konjunktivitis	4,8	17,7	0,0
31	H61 Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	4,8	21,7	0,1
32	J03 Akute Tonsillitis	4,7	13,0	0,7
33	M47 Spondylose	4,3	28,2	1,1
34	J02 Akute Pharyngitis	4,3	14,0	0,1

Tabelle 11–3

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei weiblichen Patienten 2010

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass		Prävalenz	Hospitalisierungsquote in %	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	33,6	17,0	0,0
2	M54	Rückenschmerzen	28,0	21,1	0,9
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	25,8	24,7	1,3
4	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	18,7	17,9	0,0
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16,1	16,5	0,0
6	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	15,5	14,8	0,2
7	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	15,2	23,1	0,0
8	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	15,1	21,4	0,0
9	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	14,3	25,1	1,5
10	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	13,9	14,6	0,0
11	N95	Klimakterische Störungen	12,0	19,5	0,2
12	E04	Sonstige nichttoxische Struma	10,3	20,7	1,2
13	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	10,2	21,5	0,3
14	I83	Varizen der unteren Extremitäten	9,3	24,0	1,5
15	F32	Depressive Episode	9,0	28,1	1,8
16	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,9	27,3	2,2
17	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	8,9	28,5	3,4
18	E66	Adipositas	8,6	23,8	0,2
19	K29	Gastritis und Duodenitis	8,5	26,4	2,2
20	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	8,5	29,6	2,5
21	J20	Akute Bronchitis	8,4	18,4	1,3
22	L30	Sonstige Dermatitis	8,0	19,8	0,1
23	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	8,0	14,1	0,2
24	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	8,0	20,1	0,0
25	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	7,8	20,1	0,2
26	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	7,7	22,6	0,0
27	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	7,3	19,4	0,2
28	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	7,1	16,4	0,9
29	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,6	24,0	0,5
30	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	6,4	23,8	0,8
31	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	6,2	15,5	0,0
32	M47	Spondylose	6,1	26,8	1,0
33	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	6,1	27,1	0,8

Tabelle 11–4

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen (1 bis unter 18 Jahre) 2010

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass		Prävalenz	Hospitalisierungsquote in %	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	35,1	10,6	0,4
2	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	25,9	11,0	0,0
3	J20	Akute Bronchitis	15,7	12,9	1,8
4	J03	Akute Tonsillitis	14,7	11,8	0,8
5	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	14,0	11,4	0,0
6	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	13,4	9,5	0,0
7	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	12,0	13,5	0,1
8	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	11,9	11,7	0,3
9	H10	Konjunktivitis	11,0	11,8	0,0
10	R05	Husten	10,8	10,9	0,0
11	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10,7	15,2	2,4
12	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	10,7	12,4	0,4
13	J02	Akute Pharyngitis	10,5	11,3	0,2
14	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	10,2	11,8	0,1
15	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	10,2	11,2	0,0
16	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9,9	16,2	4,4
17	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	9,0	10,3	0,2
18	R11	Übelkeit und Erbrechen	9,0	14,8	0,6
19	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	8,7	10,6	0,0
20	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	8,1	13,1	0,0
21	L30	Sonstige Dermatitis	8,0	10,8	0,1
22	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	8,0	12,8	0,4
23	J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	7,6	11,4	0,1
24	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	7,5	8,9	0,0
25	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	7,4	9,2	0,0
26	H65	Nichteitrige Otitis media	7,3	13,9	0,4
27	J31	Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	6,7	12,3	0,0
28	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	6,1	19,9	10,8
29	R51	Kopfschmerz	5,9	11,6	0,7
30	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,9	9,3	0,0
31	B07	Viruswarzen	5,6	6,9	0,1
32	J45	Asthma bronchiale	5,1	12,8	1,3

Tabelle 11–5

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei Erwachsenen jungen und mittleren Alters (18 bis unter 60 Jahre) 2010

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass	Prävalenz	Hospitalisierungsquote in %	
			allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	M54 Rückenschmerzen	27,5	16,1	0,7
2	Z12 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	24,4	15,3	0,0
3	J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	14,0	13,1	0,1
4	N89 Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	13,8	17,1	0,0
5	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	13,6	18,9	1,0
6	Z30 Kontrazeptive Maßnahmen	11,4	14,6	0,0
7	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	11,2	23,6	1,4
8	Z00 Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	10,0	14,7	0,0
9	E78 Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	8,9	18,3	0,0
10	M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	8,4	17,1	0,3
11	M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	8,1	16,3	0,0
12	K29 Gastritis und Duodenitis	7,9	20,4	1,7
13	J20 Akute Bronchitis	7,2	14,7	0,5
14	Z25 Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	6,9	17,2	0,0
15	J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	6,4	13,6	0,0
16	F32 Depressive Episode	6,1	25,1	2,7
17	N94 Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	6,1	13,8	0,2
18	E04 Sonstige nichttoxische Struma	6,1	16,6	1,5
19	E66 Adipositas	6,1	20,4	0,3
20	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	6,0	22,0	3,6
21	M25 Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,0	18,9	0,5
22	N92 Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	5,9	16,5	0,9
23	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	5,9	15,2	1,7
24	L30 Sonstige Dermatitis	5,9	15,8	0,1
25	F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	5,7	22,7	0,0
26	M77 Sonstige Enthesopathien	5,4	14,7	0,2
27	N76 Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	5,3	19,3	0,2
28	M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,3	19,2	0,7
29	R51 Kopfschmerz	5,2	17,2	0,5
30	T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	5,2	18,4	0,1
31	Z01 Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	5,1	17,5	0,3
32	N95 Klimakterische Störungen	5,0	15,9	0,1

Tabelle 11–6

Die häufigsten Behandlungsdiagnosen bei älteren Erwachsenen (ab 60 Jahre) 2010

Rang	Diagnose/Behandlungsanlass		Prävalenz	Hospitalisierungsquote in %	
				allg.	mit dieser Hauptdiag.
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	60,7	28,6	1,1
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	36,4	27,1	0,0
3	M54	Rückenschmerzen	34,5	28,7	1,1
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	31,8	26,5	0,0
5	E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	23,9	32,2	2,9
6	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	23,2	23,3	0,0
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	19,9	31,3	3,5
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	19,7	38,1	3,1
9	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	18,1	24,0	0,0
10	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	15,8	28,1	0,0
11	I83	Varizen der unteren Extremitäten	15,2	29,5	1,4
12	H26	Sonstige Kataraktformen	15,0	29,7	0,3
13	H25	Cataracta senilis	14,1	29,3	2,3
14	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	13,7	36,9	0,0
15	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	13,0	28,6	0,3
16	E66	Adipositas	12,6	29,6	0,1
17	N40	Prostatahyperplasie	12,6	32,1	2,0
18	M47	Spondylose	12,5	30,7	1,0
19	N95	Klimakterische Störungen	12,3	22,7	0,2
20	E04	Sonstige nichttoxische Struma	12,2	27,2	1,0
21	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	12,0	34,2	4,3
22	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	11,6	34,3	0,0
23	F32	Depressive Episode	11,4	33,8	1,2
24	K29	Gastritis und Duodenitis	11,1	36,0	2,8
25	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	11,1	32,8	0,9
26	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	11,1	31,0	0,0
27	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	10,6	38,8	3,4
28	I50	Herzinsuffizienz	10,4	46,9	14,5
29	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	10,3	37,0	1,6
30	M19	Sonstige Arthrose	10,2	31,3	0,9
31	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	9,7	32,9	0,1
32	L30	Sonstige Dermatitis	9,6	30,6	0,2
33	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	9,5	38,7	6,8
34	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	9,1	32,2	2,6
35	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	8,8	48,3	8,1
36	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	8,8	29,1	0,1
37	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	8,6	29,0	0,2



Tabelle 11–7

Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten nach Diagnosegruppen 2010

Rang	ICD-Code	Diagnosegruppe (Obergruppe, modifiziert)	Prävalenz							Hospitalisierungsquote in %	
			gesamt	Abw. Vj (in %Pkt.)	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und älter	allg.	mit Hauptdiagnose aus dieser OG
1	M50-M54*	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens mit M48.0 Spinal(kanal)stenose	30,2	0,1	27	33,2	4,1	31,9	42,6	20,5	1,5
2	J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	24,7	-3,1	23,3	26,0	51,4	23,9	9,9	14,2	0,4
3	I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	24,6	0,5	22,4	26,7	0,2	14,0	62,8	25,5	1,3
4	M00-M25	Arthropathien	23,1	0,5	20,2	25,9	6,9	17,8	44,9	23,8	3,3
5	N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	19,1	-0,2	0,0	37,4	4,8	24,7	15,9	18,0	1,3
6	R50-R69	Allgemeinsymptome	17,1	-1,0	14,2	19,8	22,9	14,5	19,1	25,7	1,9
7	E70-E90*	Stoffwechselstörungen, ohne akute Zustände und nicht medizinisch behandlungsbedürftige Erkrankungen	15,7	0,2	14,9	16,5	0,5	9,7	38,3	24,1	0,1
8	R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	15,0	-0,3	10,7	19,2	18,5	14,5	13,6	25,8	1,5
9	M70-M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes	14,0	0,3	12,4	15,6	3,3	14,4	20,0	21,4	1,6
10	J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	13,8	-0,1	13,0	14,5	21,5	13,4	9,8	18,1	2,8
11	L20-L30	Dermatitis und Ekzem	13,6	-0,1	11,4	15,7	19,4	11,1	15,1	19,3	0,3
12	K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	13,1	0,3	12,0	14,1	2,8	12,2	21,4	26,6	2,9
13	I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	13,0	0,0	9,3	16,6	2,0	9,8	27,0	26,1	2,0
14	E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse	12,6	0,4	5,8	19,2	1,8	11,6	21,6	21,7	1,1
15	R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	11,4	-0,3	10,7	12,1	16,8	8,8	14,0	25,3	2,4
16	H00-H22	Erkrankungen des vorderen Augenabschnitts	11,2	-0,1	9,5	12,9	13,3	7,7	17,5	20,2	0,4
17	D10-D36*	Gutartige Neubildungen, ohne solche an Gehirn oder endokrinen Drüsen	9,5	0,2	7,2	11,7	4,1	9,7	12,4	20,4	2,6
18	I30-I52*	Sonstige Formen der Herzkrankheit, ohne I50 Herzinsuffizienz	9,3	0,2	8,8	9,6	1,1	4,5	24,7	34,1	5,2
19	E10-E14*	Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikationen	9,0	0,3	8,9	9,1	0,1	4,1	25,4	29,3	0,0
20	J20-J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	8,9	-1,2	8,7	9,1	17,2	7,7	6,3	18,0	1,6
21	N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,4	0,1	4,4	12,3	3,6	6,9	14,9	28,8	2,8
22	F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	8,3	0,4	5,3	11,2	1,8	9,0	11,0	26,4	2,3
24	H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	8,0	0,1	7,7	8,4	5,3	5,2	16,1	24,1	0,4
23	F30-F39	Affektive Störungen	8,0	0,4	5,0	10,9	0,3	7,5	13,9	28,7	3,2
26	M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,6	0,1	6,5	8,7	2,8	8,7	8,2	20,5	0,3
25	H25-H28	Affektionen der Linse	7,6	0,1	6,3	9,0	0,1	1,6	25,6	28,2	1,4

Tabelle 11–7
Fortsetzung

Rang	ICD-Code	Diagnosegruppe (Obergruppe, modifiziert)	Prävalenz							Hospitalierungsquote in %	
			gesamt	Abw. Vj (in %Pkt.)	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und älter	allg.	mit Hauptdiagnose aus dieser OG
27	E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung	7,4	0,1	5,9	8,9	2,5	6,3	13,0	24,1	0,2
28	A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten	7,0	1,3	7,2	6,8	12,6	7,2	3,1	19,9	4,8
29	H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkomodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,9	0,0	5,8	8,0	6,6	2,8	16,1	23,4	0,2
30	T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	6,9	-0,4	7,0	6,7	10,8	5,7	7,2	22,2	0,1
31	L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	6,7	0,0	4,8	8,6	6,3	7,5	5,3	16,4	0,3
32	H60-H62	Krankheiten des äußeren Ohres	6,5	0,1	6,4	6,6	5,9	4,9	10,5	20,7	0,1
33	I20-I25*	Ischämische Herzkrankheiten, ohne akutes Koronarsyndrom	6,5	0,2	7,3	5,7	0,0	1,7	20,9	38,0	7,4
34	B35-B49	Mykosen	6,4	-0,2	5,0	7,8	5,1	5,9	7,6	23,1	0,2
36	R40-R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	5,9	0,0	4,6	7,2	4,1	4,5	9,9	29,1	1,3
35	N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	5,9	0,1	11,9	0,0	4,3	2,6	13,8	27,1	2,4
37	H65-H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	5,8	-0,1	5,6	5,9	17,6	3,6	3,4	16,6	0,9
38	M45-M49*	Spondylopathien, ohne M48.0 Spinal(kanal)stenose	5,7	0,2	4,8	6,5	0,0	3,7	13,4	28,1	3,0
39	R30-R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen	5,6	0,1	4,7	6,6	2,7	3,3	12,6	33,3	0,7
40	L80-L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut	5,3	0,0	4,3	6,3	3,1	3,7	10,1	27,9	0,9
41	M40-M43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	5,3	0,1	4,2	6,4	1,5	4,3	9,9	24,4	1,1
42	I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	4,8	0,2	5,3	4,4	0,2	1,8	14,2	36,9	5,7
43	G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	4,7	0,2	3,9	5,5	0,4	4,7	7,4	27,1	1,6
44	N70-N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	4,7	-0,2	0,0	9,1	1,5	6,3	3,0	20,9	1,0
46	T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	4,5	0,0	3,6	5,5	5,4	4,5	4,2	19,4	1,0
45	K70-K77	Krankheiten der Leber	4,5	0,1	5,1	3,9	0,1	3,3	9,9	27,8	2,0
47	F10-F19*	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (nur F17)	4,4	0,3	4,8	3,9	0,3	5,7	4,0	25,5	0,0
49	J40-J47*	Sonstige Krankheiten der unteren Atemwege, nur Asthma bronchiale (J45, J46)	4,3	0,2	3,9	4,8	5,1	4,0	4,8	21,0	0,8

Der Befund Rückenschmerz war mit einer Prävalenz von 28,0 Prozent bei Frauen häufiger als bei Männern. Bei älteren Menschen ab 60 Jahren waren mit 34,5 Prozent mehr als ein Drittel der Personen betroffen. Bei den 18- bis 59-Jährigen waren es 27,5 Prozent, bei Kindern und Jugendliche 3,6 Prozent.

Von allen Patienten mit der Diagnose Rückenschmerzen war jeder Fünfte (20,5 Prozent) 2010 in stationärer Behandlung. Die Rückenschmerzen selbst stellten jedoch nur bei 0,8 Prozent der Patienten den Behandlungsanlass im Krankenhaus dar, d. h. die Mehrheit der Patienten war aufgrund anderer Erkrankungen dort. Die Quote von 0,8 Prozent mag vor dem Hintergrund der weiten Verbreitung der Rückenschmerzen niedrig erscheinen. Da es für die stationäre Behandlung von Rückenschmerzen nur wenige Indikationen gibt, verwundert dies nicht weiter.¹³

Betrachtet man allein die männlichen Patienten, dann führen die Rückenschmerzen ebenfalls die Hitliste der häufigsten Erkrankungen an (Tabelle 11–2). Bei den weiblichen Patienten nehmen sie Rang 2 ein, hinter den speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (ICD Z12, Tabelle 11–3). In den nach Altersgruppen differenzierten Ranglisten (Tabellen 11–4 bis 11–6) sind die Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen auf Rang 38 zu finden. In der mittleren Altersklasse der 18- bis 59-Jährigen nehmen sie Platz 1 ein, bei den Älteren ab 60 Jahren stehen sie auf Platz 3, nach der essentiellen (primären) Hypertonie (mit 60,7 Prozent mit großem Vorsprung auf Rang 1) und den Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstigen Lipidämien (36,4 Prozent).

11.5.2 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 11–7 „Prävalenzen und Hospitalisierungsquoten nach Diagnosegruppen 2010“ ist in der Langversion mit 276 Gruppen im Internet¹⁴ aufrufbar.

Die ICD-Obergruppen, wie sie in der offiziellen ICD-Klassifikation nach rein medizinischen Kriterien definiert sind, werden hier nicht eins zu eins übernommen, sondern an einigen Stellen nach Häufigkeit des Auftretens und Versorgungsaufwand modifiziert. Denn in einigen Obergruppen befinden sich häufig auftretende, aber gleichzeitig unproblematisch zu versorgende Erkrankungen zusammen mit solchen, die seltener auftreten und aufwändig in der Versorgung sind. Diese Gruppen werden entsprechend aufgeteilt oder einzelne Diagnosen werden einer anderen Obergruppe zugerechnet. Auf diese Weise sind 276 Gruppen entstanden; die Modifikationen sind jeweils mit einem Sternchen (*) am ICD-Code gekennzeichnet. In der Klartextbezeichnung wird die Modifikation näher beschrieben.

13 Deutlich höhere Quoten finden sich bei Krankheiten, die stationär behandelt werden müssen – etwa wenn eine nicht ambulant durchführbare Operation bei Neubildungen notwendig ist (vgl. Tabelle 11–7).

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

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

- Laktoseintoleranz (E73) sowie Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels (E79; asymptomatische Hyperurikämie) werden 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, wird ebenfalls gesondert dargestellt.
- Volumenmangel (E86) und sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts (E87) sind 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“.

Die Gruppe „Diabetes mellitus“ (ICD E10 bis E14) wird in drei Untergruppen zerlegt, um Insulinabhängigkeit und Komplikationen abzubilden. Damit bietet die Analyseperspektive der modifizierten Obergruppen die am weitesten differenzierte Darstellung des Versorgungsgeschehens bei Diabetikern.

- Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes, E10) sowie Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus (E13) inkl. Pankreopriver Diabetes mellitus (Diabetes als Folge einer Schädigung der Bauchspeicheldrüse) werden zu einer Gruppe zusammengefasst.
- Die Gruppe „Diabetes mellitus Typ 2 mit Komplikationen“ umfasst die Diagnosen E11, E12 und E14, jedoch unter Ausschluss der komplikationslosen Fälle, verschlüsselt mit einer „9“ in der vierten Stelle der genannten ICD-Kodes.
- Die Gruppe „Diabetes mellitus Typ 2 ohne Komplikationen“ beinhaltet ausschließlich die „leichteren“, ohne Komplikation verlaufenden Diabetesfälle. In dieser Gruppe werden nur Personen mit den Diagnosen E11.9, E12.9 oder E14.9 dargestellt.

Alle Personen werden den Obergruppen auf Basis ihrer dokumentierten Diagnosen zugeordnet. Für Personen, die ausschließlich im niedergelassenen ärztlichen Sektor eine Zieldiagnose aufweisen, wird im Falle einer chronischen Erkrankung ein zusätzliches m2Q-Kriterium definiert: Diagnosen der betreffenden Obergruppen müssen in mindestens zwei Quartalen des Beobachtungsjahres 2010 zu finden sein.

Bei seltenen Diagnosegruppen wird die Prävalenz aufgrund von Rundungen als 0,0 (also kleiner 0,05) ausgewiesen. Gruppen mit weniger als hochgerechnet 1 000 Personen werden in der Tabelle nicht dargestellt.

Die Bedeutung der einzelnen Spalten ist mit Lesebeispielen in Abschnitt 11.5.1 für Einzeldiagnosen dargestellt. Demgegenüber ändert sich lediglich die Spalte der Krankheitsbezeichnung (von ICD-Dreisteller zu ICD-Obergruppe): In den einzelnen Zeilen werden ICD-Obergruppen dargestellt.

11.5.3 Trends – Die Diagnosehäufigkeit im Vorjahresvergleich

Vielfach wird die Verlässlichkeit der in Krankenkassen-Routinedaten kodierten Diagnosen diskutiert (z.B. Ozegowski 2013). Die in Tabelle 11–1 und 11–7 ausgewiesenen Vorjahresvergleiche können auf die Schnelle über die Veränderung von Diagnoseprävalenzen (Richtung, Stärke) informieren und damit erste Hinweise zur Einschätzung von Kodierqualität oder Kodierverhalten liefern.

So zeigt sich bei akuten Infektionen erwartungsgemäß eine starke Schwankung der Häufigkeiten zum Vorjahr. Zu- oder Abnahmen von mehr als einem Prozentpunkt sind nicht selten, etwa bei infektiösen Darmkrankheiten (+1,3) oder akuten Infektionen der oberen Atemwege (–3,1) (siehe Tabelle 11-7). Die mit Grippe- bzw. Erkältungswellen korrespondierenden Impfungen (ICD Z25) zeigen ebenfalls ähnliche Veränderungsraten (–3,0, siehe Tabelle 11–1).

Deutliche Zunahmen der dokumentierten Prävalenzen finden sich hingegen bei einigen der weit verbreiteten Erkrankungen oder Symptome: bei Arthropathien und Hypertonie um 0,5 Prozentpunkte, bei einigen psychischen Erkrankungen und Schilddrüsenerkrankungen um 0,4 Prozentpunkte, ähnlich beim Diabetes. Die Gründe für die Zunahmen bleiben unklar. Es darf jedoch vermutet werden, dass bei diesen Größenordnungen der Veränderung nicht die Erkrankungshäufigkeit selbst ansteigt, sondern dass der ärztlichen Kodierpraxis hier eine sich wandelnde Wahrnehmung von Krankheit oder Veränderungen zugrunde liegt. Die Angaben sollten deshalb nicht ungeprüft als Ausweitung der Morbidität interpretiert werden.

Viele andere Diagnosen, die zurzeit weniger im Fokus des öffentlichen Interesses stehen, zeigen kaum Veränderungen ihrer Häufigkeit im Vergleich zum Vorjahr, zum Beispiel die Venenerkrankungen oder die Gastritis/Duodenitis.

11.6 Stationäre Behandlungen

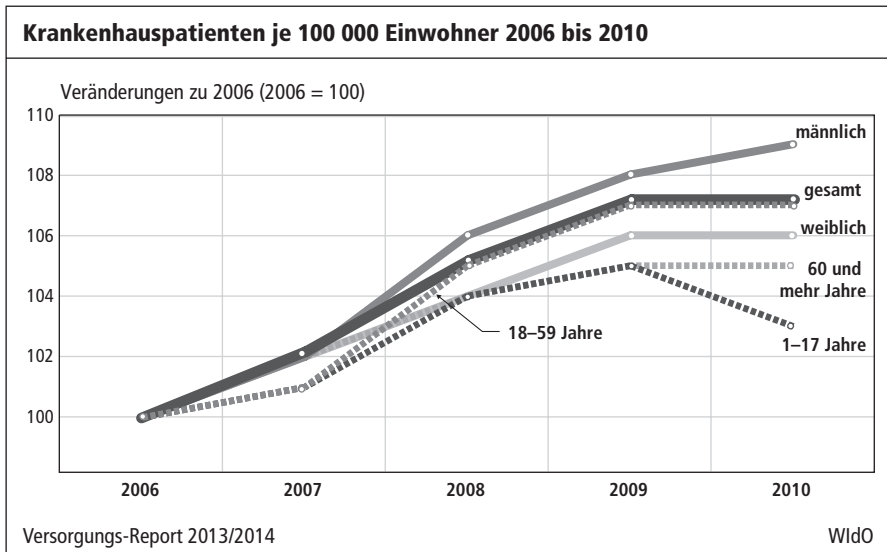
Der folgende Abschnitt widmet sich der Inanspruchnahme des stationären Versorgungsbereichs und der in Krankenhäusern dokumentierten Morbidität. Er beginnt mit einer allgemeinen Darstellung der Entwicklung von Krankenhaus-Patientenzahlen ab dem Jahr 2006, zum einen in Absolutangaben (Tabelle 11–8) sowie in einer Indexdarstellung (Abbildung 11–1), die die Veränderungen von Jahr zu Jahr

Tabelle 11–8

Anzahl Krankenhauspatienten je 100 000 Einwohner im 5-Jahres-Vergleich

Jahr	gesamt	männlich	weiblich	1–17 Jahre	18–59 Jahre	60 und älter
2006	13951	13022	14842	7808	11133	24076
2007	14220	13307	15096	7920	11289	24531
2008	14644	13764	15491	8123	11651	25033
2009	14921	14101	15709	8231	11866	25384
2010	14966	14136	15765	8072	11914	25310

Abbildung 11-1



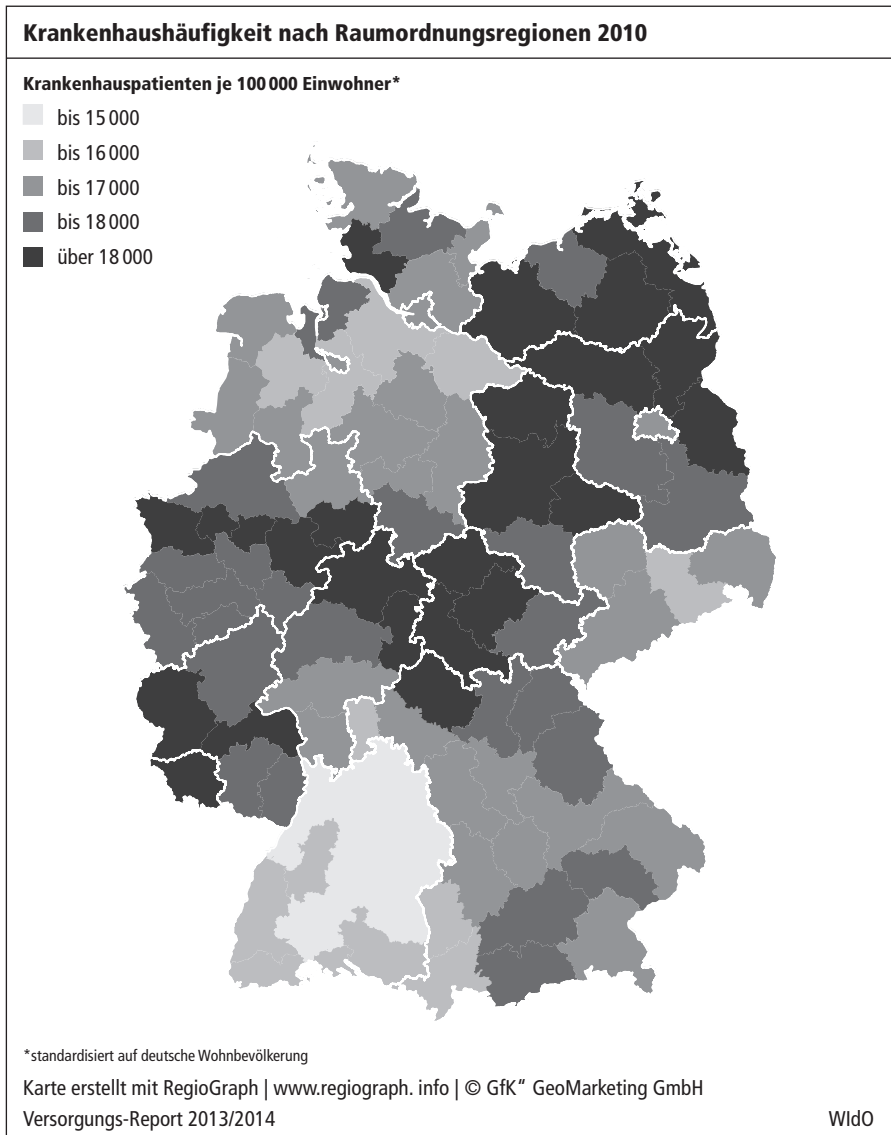
verdeutlicht. Das Niveau des Ausgangsjahrs 2006 wurde darin auf 100 Prozent gesetzt. Neben den Gesamtangaben für alle Einwohner werden die Kennzahlen wiederum nach Geschlecht und den drei Altersklassen 1–17 Jahre, 18–59 Jahre, 60 Jahre und älter differenziert. Daran schließt sich eine regionalisierte Darstellung der Hospitalisierungsquoten an, abschließend werden die häufigsten stationären Behandlungsanlässe dargestellt.

Die Zahl der stationär behandelten Personen nahm von 2006 bis 2009 kontinuierlich zu, insgesamt um 7,3 Prozent. Im letzten Jahr des Beobachtungszeitraums 2010 war eine Verlangsamung des Anstiegs zu beobachten. Diese resultierte aus abnehmenden Hospitalisierungen bei Kindern und Jugendlichen und – in geringerem Maße – auch bei älteren Personen ab 60 Jahre. Überdurchschnittliche Zunahmen im Beobachtungszeitraum zeigten sich bei den männlichen Patienten (+8,6 Prozent).

Trotz leicht rückläufiger Hospitalisierung älterer Menschen bleiben die Personen ab einem Alter von 60 Jahren die Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Hospitalisierung, sie wurden mehr als doppelt so oft in einer Klinik behandelt wie Erwachsene mittleren Alters und dreimal häufiger als Kinder und Jugendliche. Jeder vierte über 65-Jährige wurde 2010 mindestens einmal stationär versorgt.

Bei regionalisierter Betrachtung der Klinikeinweisungen nach Raumordnungsregionen (Abbildung 11-2) zeigt sich ein leichtes Ost-West-Gefälle. In vielen Regionen der neuen Bundesländer – mit Ausnahme Sachsens und Berlins – werden Patienten häufiger im Krankenhaus behandelt als in den alten Ländern. Zwar sind auch dort Regionen von hoher Hospitalisierung betroffen (Nordrhein-Westfalen, Maximum in der Region Emscher-Lippe mit 19 938), insgesamt aber finden sich im Westen unter 100 000 Einwohnern weniger stationär behandelte Patienten als im Osten. Besonders niedrig ist die Hospitalisierung in weiten Teilen Baden-Württembergs (Minimum in der Region Neckar-Alb mit 13 560).

Abbildung 11-2



Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe¹⁵ aller rund 12 Mio. Personen, die 2010 in einem Krankenhaus waren, sind in Tabelle 11-9 ausgewiesen. Diese „Hitliste“ ergänzt die Beschreibung der allgemeinen Morbidität des vorangegangenen Abschnitts 11.5. Für die Darstellung werden jeweils alle stationären im Jahr 2010

15 Basis der Auswertungen waren alle 2010 abgeschlossenen stationären (voll- und teilstationär) Krankenhausfälle.

abgeschlossenen Aufenthalte herangezogen und im Hinblick auf die Hauptdiagnose, die den Behandlungsanlass dokumentiert, ausgewertet.

Insgesamt wurden 2010 in Deutschland 14 966 Personen je 100 000 Einwohner (oder 15,0 Prozent aller Personen) stationär versorgt. Häufigste Diagnosen waren Geburten und Herzinsuffizienz (Behandlungsanlass bei 578 bzw. 432 von 100 000 Einwohnern). Die Hospitalisierungsquote ist in Deutschland von 2009 auf 2010 um 0,3 Prozentpunkte gestiegen, nämlich von rund 14,7 auf 15,0 Prozent. Saisonale Effekte könnten sich etwa bei den Virusbedingten Darminfektionen (ICD A08) mit einer Zunahme von 12,3 Prozent zeigen.

In Verbindung mit hohen Veränderungsraten bei zwei verwandten Diagnosen, der Sonstigen und nicht näher bezeichneten Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs (A09) und der Sonstigen nichtinfektiösen Gastroenteritis und Kolitis (K52), dürften sich auch Kodierunsicherheiten (z. B. Unsicherheit über den Ursprung einer Gastritis) oder Reaktionen auf Veränderungen im DRG-Gefüge ableiten lassen: Einer Zunahme von 21,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr bei der ICD A09 steht eine Abnahme bei der ICD K52 um 22,6 Prozent entgegen.

Auf alle Personen der deutschen Wohnbevölkerung, die 2010 in einer Klinik behandelt wurden, entfielen im Mittel 1,6 Krankenhausfälle – etwa jeder zweite

Tabelle 11–9: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Rang: Rangposition in der „Hitliste“ der häufigsten stationären Behandlungsanlässe

Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller): Dreistellige ICD-Schlüsselnummer der Hauptdiagnose eines Krankenhausaufenthalts mit Klartextbeschreibung

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.

Hospitalisierungsquote: Abweichung zum Vorjahr: Der Anteil der Personen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt im Jahr 2010 wird mit dem Anteil des Jahres 2009 verglichen. Die Abweichung wird in Prozent ausgewiesen. Gibt es Diagnosen mit nennenswerter Veränderung? Hier können Hinweise auf Morbiditätszunahmen oder veränderte Behandlungsmethoden einzelner Indikationen gewonnen werden, aber auch Trends zu spezifischerer Kodierung oder anderen veränderten Kodierweisen, etwa durch Änderungen im DRG-Gefüge, herausgelesen werden.

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

Tabelle 11–9

Die häufigsten stationären Behandlungsanlässe 2010 bei Krankenhauspatienten in Deutschland

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr in %	Fälle je KH- Patient
	Insgesamt	14 966	0,3	1,6
1	Z38 Lebendgeborene nach dem Geburtsort	578	1,0	1,0
2	I50 Herzinsuffizienz	432	1,5	1,2
3	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	375	-2,7	1,7
4	I20 Angina pectoris	303	-1,5	1,1
5	J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	289	-1,7	1,1
6	I63 Hirninfarkt	266	1,0	1,2
7	I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	261	2,2	1,1
8	K80 Cholelithiasis	254	-0,5	1,1
9	S06 Intrakranielle Verletzung	249	-2,5	1,1
10	E11 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	242	0,0	1,2
11	M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	240	-1,4	1,1
12	I21 Akuter Myokardinfarkt	235	2,9	1,2
13	I48 Vorhofflattern und Vorhofflimmern	230	5,4	1,2
14	M54 Rückenschmerzen	217	10,1	1,1
15	J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankheit	216	-3,5	1,4
16	I25 Chronische ischämische Herzkrankheit	213	0,4	1,2
17	I70 Atherosklerose	207	1,7	1,3
18	A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	192	21,9	1,0
19	K40 Hernia inguinalis	189	-0,4	1,0
20	M51 Sonstige Bandscheibenschäden	188	1,4	1,1
21	R55 Synkope und Kollaps	188	-2,8	1,0
22	M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	174	-1,5	1,0
23	S72 Fraktur des Femurs	172	2,7	1,1
24	R10 Bauch- und Beckenschmerzen	170	-0,2	1,0
25	K29 Gastritis und Duodenitis	167	-0,2	1,0
26	G40 Epilepsie	165	0,3	1,3
27	J35 Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	165	1,3	1,0
28	F32 Depressive Episode	162	5,2	1,2
29	R07 Hals- und Brustschmerzen	159	3,1	1,0
30	S82 Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	152	9,2	1,1
31	N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	147	6,2	1,1
32	S52 Fraktur des Unterarmes	134	7,7	1,0
33	M75 Schulterläsionen	134	7,1	1,0
34	F33 Rezidivierende depressive Störung	133	8,4	1,3

Tabelle 11–9

Fortsetzung

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr in %	Fälle je KH- Patient
35	K56 Paralytischer Ileus und mechanischer Ileus ohne Hernie	126	0,2	1,1
36	G47 Schlafstörungen	125	2,3	1,2
37	O70 Dammriss unter der Geburt	124	1,5	1,0
38	K57 Divertikulose des Darmes	122	0,5	1,1
39	G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	121	-2,9	1,0
40	K35 Akute Appendizitis	121	-5,7	1,0
41	N20 Nieren- und Ureterstein	117	0,4	1,3
42	J20 Akute Bronchitis	116	-10,7	1,1
43	F20 Schizophrenie	111	-5,5	1,6
44	I83 Varizen der unteren Extremitäten	109	-2,1	1,1
45	C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	107	0,1	2,8
46	S42 Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	106	2,7	1,1
47	C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	105	-3,0	1,6
48	M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	104	-2,5	1,0
49	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	103	0,7	1,1
50	E86 Volumenmangel	102	14,8	1,1
51	K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	102	-22,6	1,0
52	M48 Sonstige Spondylopathien	102	9,3	1,1
53	J34 Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	101	0,3	1,0
54	N13 Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	99	6,3	1,3
55	A08 Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	98	12,3	1,0
56	H25 Cataracta senilis	96	-3,9	1,2
57	D25 Leiomyom des Uterus	95	-2,9	1,0
58	T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	93	2,0	1,2
59	A41 Sonstige Sepsis	90	8,7	1,1
60	K59 Sonstige funktionelle Darmstörungen	88	5,5	1,0
61	O68 Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	87	5,1	1,0
62	T81 Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	85	2,7	1,1
63	E04 Sonstige nichttoxische Struma	82	-4,6	1,0
64	S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	79	3,8	1,1
65	H81 Störungen der Vestibularfunktion	77	3,7	1,0
66	O42 Vorzeitiger Blasensprung	75	8,1	1,0
67	N40 Prostatahyperplasie	73	-6,9	1,0

Tabelle 11–9

Fortsetzung

Rang	Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)	KH-Patienten je 100 000 Einwohner	Hosp.Quote: Abw. Vorjahr in %	Fälle je KH- Patient
68	A46 Erysipel [Wundrose]	70	3,9	1,1
69	O80 Spontangeburt eines Einlings	70	-8,3	1,0
70	K85 Akute Pankreatitis	69	-3,5	1,2
71	I11 Hypertensive Herzkrankheit	68	1,2	1,0
72	C67 Bösartige Neubildung der Harnblase	68	0,6	1,8
73	N17 Akutes Nierenversagen	67	13,1	1,1
74	K43 Hernia ventralis	65	-0,5	1,0
75	S22 Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	65	5,1	1,1
76	K25 Ulcus ventriculi	65	-3,9	1,0
77	N81 Genitalprolaps bei der Frau	64	-0,1	1,0
78	J32 Chronische Sinusitis	64	-1,9	1,0
79	T82 Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	63	1,6	1,3
80	C61 Bösartige Neubildung der Prostata	63	0,1	1,4
81	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	62	-3,7	1,4
82	C18 Bösartige Neubildung des Kolons	61	-3,0	1,9
83	I84 Hämorrhoiden	60	-0,2	1,0
84	L02 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	59	1,0	1,1
85	I26 Lungenembolie	59	4,9	1,0
86	I47 Paroxysmale Tachykardie	59	0,2	1,2
87	P07 Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	59	2,5	1,0
88	O34 Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	58	9,3	1,1
89	N83 Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	58	-2,1	1,0
90	R42 Schwindel und Taumel	57	11,4	1,0
91	C44 Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	57	0,7	1,2
92	K92 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	56	2,9	1,1
93	I49 Sonstige kardiale Arrhythmien	56	1,3	1,0
94	I80 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	56	-4,5	1,0
95	F45 Somatoforme Störungen	56	5,9	1,2
96	M47 Spondylose	56	7,2	1,0
97	J15 Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	55	2,4	1,0
98	M20 Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	55	2,4	1,0
99	N18 Chronische Nierenkrankheit	55	-7,6	1,3
100	N30 Zystitis	54	-2,2	1,1

Tabelle 11–10

Anzahl Arzneverordnungen je Einwohner im 5-Jahres-Vergleich

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	7,4	6,6	24,3
2009	11,3	10,2	12,3	7,7	6,8	23,5
2010	11,1	10,0	12,0	7,0	6,6	23,3

Versorgungs-Report 2013/2014

WlD0

Krankenhauspatient war demnach im Beobachtungszeitraum zweimal in stationärer Behandlung.

11.7 Arzneverordnungen

Im Folgenden wird das Arzneverordnungsgeschehen in Deutschland skizziert. Alle Angaben beziehen sich sowohl auf den Fertig- als auch auf den Nichtfertigarzneimittelmarkt. Der Abschnitt beginnt mit einer Darstellung der Entwicklung von Arzneverordnungen pro Kopf ab dem Jahr 2006 sowohl in Absolutangaben (Tabelle 11–10) als auch in einer indextierten Darstellung (Abbildung 11–3), die die Veränderungen ab dem Startjahr verdeutlicht. Neben den Gesamtangaben für alle Einwohner werden wie auch in den vorangegangenen Abschnitten die Kennzahlen nach Geschlecht und drei Altersklassen unterschieden. Eine regionalisierte Darstel-

Abbildung 11–3

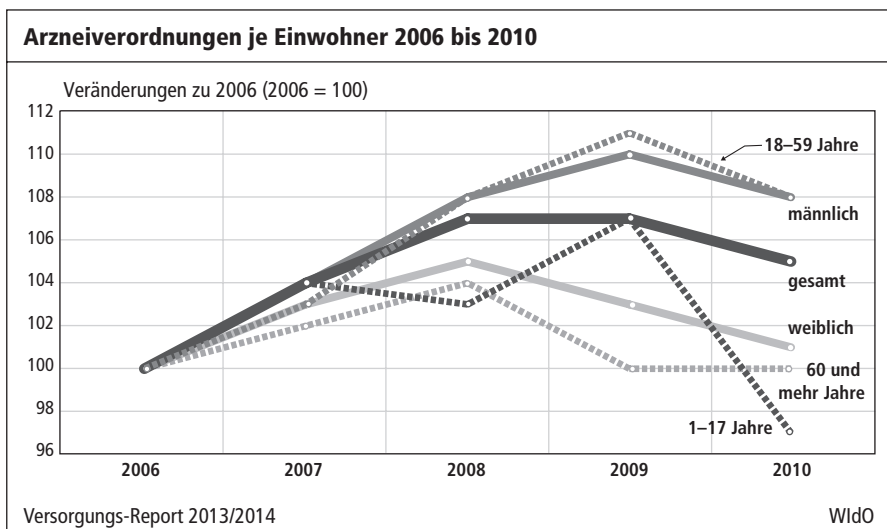
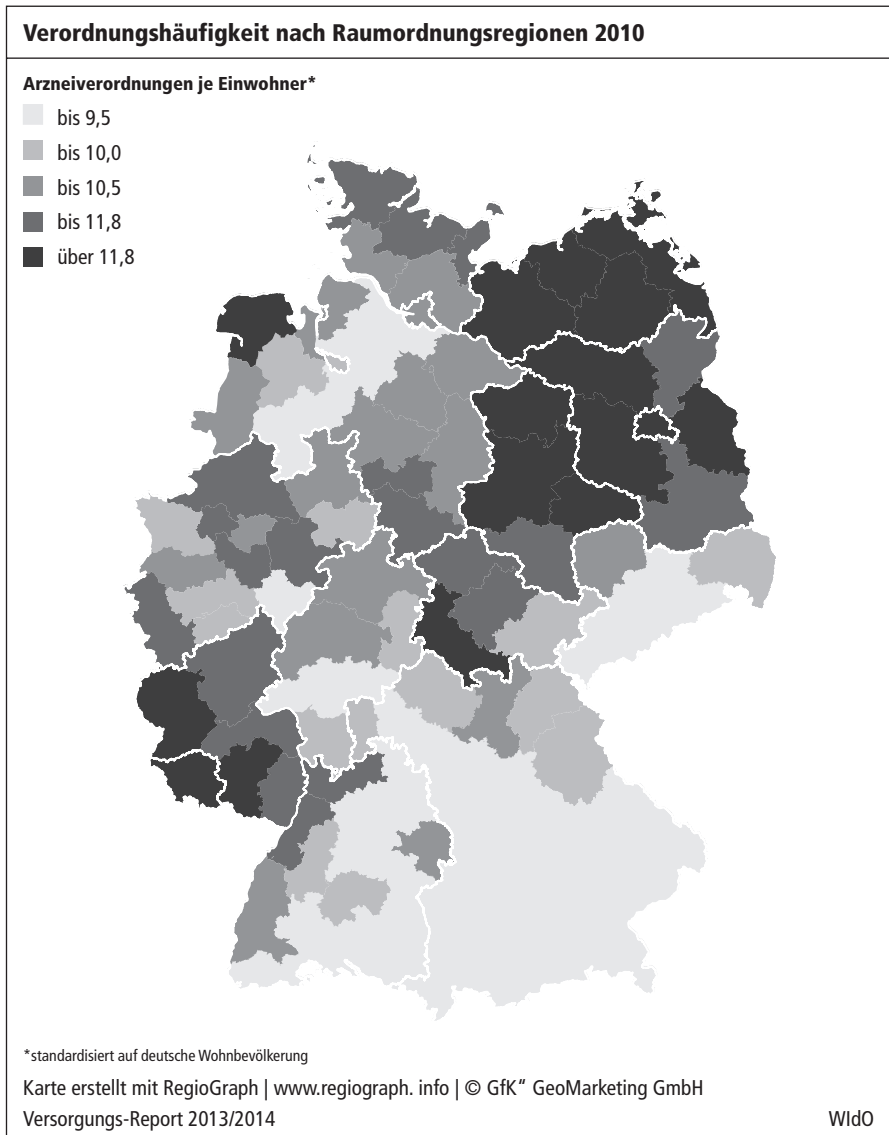


Abbildung 11–4



lung der Verordnungsmengen (Abbildung 11–4) sowie ein Überblick über die verordneten Wirkstoffe im Fertigarzneimittelmarkt (Tabelle 11–11) runden den Abschnitt ab.

Insgesamt stieg die Anzahl der Arzneimittelverordnungen je Einwohner im Beobachtungszeitraum von 2006 bis 2010 um 4,7 Prozent von 10,6 auf 11,1 an. Ein Maximum wurde mit 11,3 im Jahr 2008 erreicht, dieses Niveau wurde 2009 gehalten. 2010 kam es zu einem Rückgang der pro Kopf verordneten Arzneimittelpräparate – nicht nur insgesamt, sondern in allen ausgewiesenen Subgruppen. Da die

Verordnungszahlen unter anderem auch von saisonalen Bedingungen (z. B. „Grippeperioden“) abhängen, können im Beobachtungszeitraum größere Schwankungen auftreten, als dies in den anderen Versorgungsbereichen der Fall ist. Gut erkennbar wird dies bei den Kindern und Jugendlichen, die für Infektionskrankheiten besonders anfällig sind. Darüber hinaus bleibt bei Kindern und Jugendlichen – anders als bei älteren Patienten – die Behandlung einer Infektion nicht selten der einzige Behandlungsanlass im Jahresverlauf.

Frauen erhielten mit 12,0 Packungen bzw. Rezepturen mehr Arzneimittel als Männer (10,0), bei den Männern war jedoch ein überdurchschnittlicher Anstieg der Verordnungszahlen erkennbar. Auch zwischen den drei Altersgruppen gab es Unterschiede, die an den Kurvenverläufen der Abbildung 11–3 ablesbar sind. Während bei den Erwachsenen mittleren Alters die Anzahl der Pro-Kopf-Verordnungen überdurchschnittlich stark anstieg, schwankte die Zahl bei Kindern und Jugendlichen von Jahr zu Jahr sehr stark und zeigte bei den älteren Patienten ab 60 Jahren die geringsten Schwankungen.

Tabelle 11-11: Die Bedeutung der Tabellenspalten im Einzelnen

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code: Zweite hierarchische Ebene des anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem (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. Verordnungen von Nicht-Fertigarzneimitteln können keiner therapeutischen Gruppe zugeordnet werden. Sie sind am Ende der Tabelle unter „keine ATC-Zuordnung“ aufgeführt. Diese Verordnungen sind im Gesamtwert enthalten.

Verordnungsquote: Verordnungsquote je ATC-Gruppe. Anteil der Personen in der Gesamtbevölkerung, die im Jahr mindestens eine Verordnung aus der betreffenden Wirkstoffgruppe erhalten haben. Die Verordnungsquoten in der Gesamtbevölkerung gelten als Vergleichsmaßstab für die Verordnungsquoten einzelner in Beiträgen des Krankheits- und Behandlungsmonitorings dieses Bandes (Kapitel 6 bis 10) beschriebenen Indikationen. Dort wird die Abweichung beider Quoten voneinander in Prozentpunkten ausgewiesen. Auf diese Weise werden Therapie Schwerpunkte einer Indikation leichter erkennbar.

Verordnungen je Arzneimittelpatient der ATC-Gruppe: Wie viele Verordnungen 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? Wird im Mittel ganzjährig versorgt?

Tabelle 11–11

Arzneiverordnungen 2010 nach therapeutischer Wirkstoffgruppe

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe
Insgesamt	74,6 %	14,8	714
Aknemittel (D10)	1,0 %	1,8	49
Alle übrigen nichttherapeutischen Mittel (V07)	0,0 %	3,2	34
Alle übrigen therapeutischen Mittel (V03)	0,2 %	5,7	115
Allergene (V01)	0,5 %	1,7	282
Allgemeine Diätetika (V06)	0,3 %	42,1	417
Anabolika zur systemischen Anwendung (A14)	0,0 %	1,0	38
Analgetika (N02)	16,9 %	3,2	52
Anästhetika (N01)	0,2 %	1,6	15
Andere Dermatika (D11)	1,2 %	1,3	47
Andere Gynäkologika (G02)	0,3 %	1,6	58
Andere Hämatologika (B06)	0,0 %	1,9	13
Andere Herz- und Kreislaufmittel (C06)	0,1 %	1,8	75
Andere Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel (A16)	0,0 %	9,5	108
Andere Mittel für das Nervensystem (N07)	1,2 %	3,4	111
Andere Mittel für den Respirationstrakt (R07)	0,0 %	1,3	40
Andere Mittel gegen Störungen des Muskel- und Skelettsystems (M09)	0,0 %	1,4	55
Anthelminthika (P02)	0,3 %	1,4	4
Antidiadiposa, exkl. Diätetika (A08)	0,0 %	1,4	54
Antianämika (B03)	2,2 %	2,9	136
Antibiotika und Chemotherapeutika zur dermatologischen Anwendung (D06)	2,4 %	1,3	18
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01)	31,4 %	1,8	16
Antidiabetika (A10)	7,1 %	6,7	461
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva (A07)	2,6 %	1,9	38
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit (A04)	1,7 %	1,7	6
Antiepileptika (N03)	2,7 %	5,3	193
Antihämorrhagika (B02)	0,1 %	9,6	57
Antihistaminika zur systemischen Anwendung (R06)	2,2 %	1,6	52
Antihypertonika (C02)	1,4 %	4,6	351
Antimykotika zur dermatologischen Anwendung (D01)	3,9 %	1,5	29
Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)	0,5 %	1,7	15
Antineoplastische Mittel (L01)	0,2 %	5,2	127
Antiparkinsonmittel (N04)	1,1 %	7,0	176
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01)	28,3 %	2,1	56
Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika etc. (D04)	0,7 %	1,2	28
Antipsoriatika (D05)	0,4 %	2,6	156
Antiseptika und Desinfektionsmittel (D08)	0,7 %	1,5	26
Antithrombotische Mittel (B01)	8,0 %	2,9	225
Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung (J05)	0,8 %	2,9	70
Beta-Adrenozeptor-Antagonisten (C07)	15,1 %	3,4	204
Blutersatzmittel und Perfusionslösungen (B05)	1,2 %	3,2	29
Brustreinreibungen und andere Inhalate (R04)	0,3 %	1,5	26
Calciumhomöostase (H05)	0,1 %	7,0	148
Calciumkanalblocker (C08)	7,1 %	3,5	386
Corticosteroide zur systemischen Anwendung (H02)	5,3 %	2,0	103
Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen (D07)	7,6 %	1,6	48
Diagnostika (V04)	4,2 %	10,3	531
Digestiva, inkl. Enzyme (A09)	0,2 %	4,7	86
Diuretika (C03)	8,6 %	3,6	337
Emollientia und Hautschutzmittel (D02)	0,6 %	1,5	42

Tabelle 11–11

Fortsetzung

Wirkstoffgruppe mit ATC-Code (dreistellig)	Verordnungsquote	Verordnungen je AM-Patient der ATC-Gruppe	Tagesdosen (DDD) je AM-Patient der ATC-Gruppe
Endokrine Therapie (L02)	0,6%	3,3	308
Gallen- und Lebertherapie (A05)	0,1%	5,3	219
Gichtmittel (M04)	3,6%	2,6	143
Gynäkologische Antinfektiva und Antiseptika (G01)	1,3%	1,3	6
Hals- und Rachentherapeutika (R02)	0,6%	1,3	11
Herztherapie (C01)	3,9%	3,8	242
Husten- und Erkältungspräparate (R05)	11,4%	2,0	20
Hypophysen- und Hypothalamushormone und Analoga (H01)	0,1%	3,9	142
Immunsensibilisierender Immunglobuline (J06)	0,1%	3,1	25
Immunstimulanzien (L03)	0,4%	3,3	88
Immunsuppressiva (L04)	0,5%	6,2	242
Impfstoffe (J07)	0,3%	1,5	2
Kontrastmittel (V08)	0,0%	2,0	18
Laxanzien (A06)	1,2%	2,9	79
Medizinische Verbände (D09)	0,3%	2,8	67
Mineralstoffe (A12)	1,4%	3,1	145
Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (A03)	6,6%	1,7	19
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (R03)	8,9%	4,0	204
Mittel bei Säure bedingten Erkrankungen (A02)	14,2%	2,8	242
Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien (P03)	0,5%	1,5	7
Mittel gegen Mykobakterien (J04)	0,0%	3,9	190
Mittel gegen Protozoen-Erkrankungen (P01)	0,8%	1,4	13
Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (C09)	19,5%	3,6	516
Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (M05)	1,2%	3,1	235
Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen (C10)	9,2%	2,7	248
Muskelrelaxanzien (M03)	3,1%	1,9	60
Ophthalmika (S01)	8,5%	2,3	98
Ophthalmologische und otologische Zubereitungen (S03)	0,5%	1,2	23
Otologika (S02)	1,3%	1,2	13
Pankreashormone (H04)	0,1%	1,6	2
Periphere Vasodilatoren (C04)	0,3%	3,4	113
Psychoanaleptika (N06)	8,2%	3,8	228
Psycholeptika (N05)	6,6%	5,9	150
Radiotherapeutika (V10)	0,0%	1,1	1
Rhinologika (R01)	7,4%	2,0	49
Schilddrüsenentherapie (H03)	8,8%	3,1	214
Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)	5,1%	2,6	221
Stomatologika (A01)	2,4%	1,2	731
Tonika (A13)	0,0%	1,5	53
Topische Mittel gegen Gelenk- und Muskelschmerzen (M02)	0,8%	1,6	16
Urologika (G04)	2,9%	3,1	243
Vasoprotektoren (C05)	1,0%	1,6	25
Vitamine (A11)	1,9%	2,2	211
Zubereitungen zur Behandlung von Wunden und Geschwüren (D03)	0,5%	1,4	40
keine ATC-Zuordnung	13,0%	13,0	0

Während sich die Anzahl verordneter Packungen bzw. Rezepturen bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen bis 59 Jahre kaum unterschied (7,0 und 6,6), war der Arzneimittelkonsum bei Patienten ab 60 Jahren mit 23,3 Packungen im Mittel dreimal höher.

Gemessen an der Anzahl verordneter Arzneimittelpreparate erhalten Patienten im Osten und im äußersten Westen Deutschlands überdurchschnittlich häufig Arzneimittel (Abbildung 11–4). Die Anzahl der Packungen, die je Einwohner in vielen Regionen der neuen Bundesländer verordnet werden, liegt im Mittel um rund zwei Packungen über dem Wert von Regionen mit besonders niedrigen Pro-Kopf-Werten (vor allem im Süden Deutschlands). Bei Betrachtung der Extreme vergrößert sich die Differenz: Der höchste Wert findet sich in Berlin (17,7), der niedrigste in Bayerns Region Oberland (7,9).

In Tabelle 11–11 sind sämtliche Wirkstoffgruppen gemäß anatomisch-therapeutisch-chemischer Klassifikation (ATC) auf der zweiten hierarchischen Ebene, den therapeutischen Untergruppen, aufgeführt. Die 93 therapeutischen Untergruppen sind alphabetisch sortiert. Sind in einer Wirkstoffgruppe keine Personen mit entsprechender Verordnung vorhanden, fehlt die Zeile in der Tabelle. Anders als in den bisherigen Darstellungen werden die Angaben nicht auf alle Einwohner bezogen, sondern nur auf diejenigen Patienten, die tatsächlich eine entsprechende Medikation verordnet bekamen. Dies ermöglicht eine erste Einschätzung des Therapiegeschehens.

Im Jahr 2010 haben mit 74,6 Prozent drei Viertel der deutschen Bevölkerung mindestens ein Arzneimittel verordnet bekommen. 25 Prozent blieben ohne eine Verordnung, die von der Krankenkasse erstattet wird. Darunter finden sich sowohl Personen, die 2010 nicht bei einem niedergelassenen Arzt in Behandlung waren (11,1 Prozent Nonuser, siehe Tabelle 11–13) als auch Selbstzahler, die mit einem Privatrezept die Arztpraxis verlassen haben. Auf jeden Arzneimittelpatienten (das sind die genannten 74,6 Prozent der Patienten mit Arzneiverordnung) entfielen im Mittel 14,8 Packungen, deren Inhalt rein rechnerisch für eine ganzjährige Versorgung mit etwa zwei Präparaten am Tag ausreicht, denn durchschnittlich waren je Arzneimittelpatient 714 Tagesdosen eines Fertigarzneimittels verordnet worden.

Am weitesten verbreitet waren Antibiotika (ATC J01) und Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC M01), Abbildung 11–5 zeigt die je Patient am häufigsten verordneten Wirkstoffe in Deutschland. 31,4 bzw. 28,3 Prozent der Deutschen haben im Jahr 2010 mindestens eine solche Verordnung erhalten. Je Arzneimittelpatient wurden im Mittel 1,8 Packungen Antibiotika mit 16 Tagesdosen verordnet worden, bei den Antiphlogistika und Antirheumatika waren es 2,1 Packungen mit 56 DDD. Die vergleichsweise niedrigen DDD-Mengen charakterisieren die Behandlung akuter oder schubweiser Krankheitsverläufe. Anders verhält es sich bei chronischen Erkrankungen, die einen kontinuierlichen Behandlungsbedarf erfordern. Beispielsweise werden Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System (ATC C09), die an dritter Stelle der ausgewiesenen Hitliste stehen und u. a. bei koronarer Herzkrankheit verschrieben werden, mit 516 DDD pro Arzneimittelpatient als Dauermedikation verordnet.

Abbildung 11–5



Tabelle 11–12

Anzahl ambulante Behandlungsfälle je Einwohner im 5-Jahres-Vergleich

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

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

11.8 Ärztliche Inanspruchnahme

Der folgende Abschnitt widmet sich dem ambulanten Versorgungsbereich und der Inanspruchnahme niedergelassener Vertragsärzte. Beginnend mit der Entwicklung ambulanter Patientenzahlen – zum einen in Absolutangaben (Tabelle 11–12) und zum anderen in einer Indexdarstellung (Abbildung 11–6) der prozentualen Veränderung – verdeutlicht er das Versorgungsgeschehen differenziert nach Geschlecht und Alter zwischen 2006 und 2010. Es folgt eine regionalisierte Darstellung ambulanter Versorgung anhand der Behandlungsfälle je Einwohner (Abbildung 11–7) sowie die Beschreibung der Versorgung in den einzelnen Arztfachgruppen (Abbildung 11–8).

Die Zahl der Behandlungsfälle in Vertragsarztpraxen niedergelassener Mediziner stieg im Fünf-Jahres-Zeitraum um 19,4 Prozent. Sie nahm von 2006 bis 2009

Abbildung 11–6

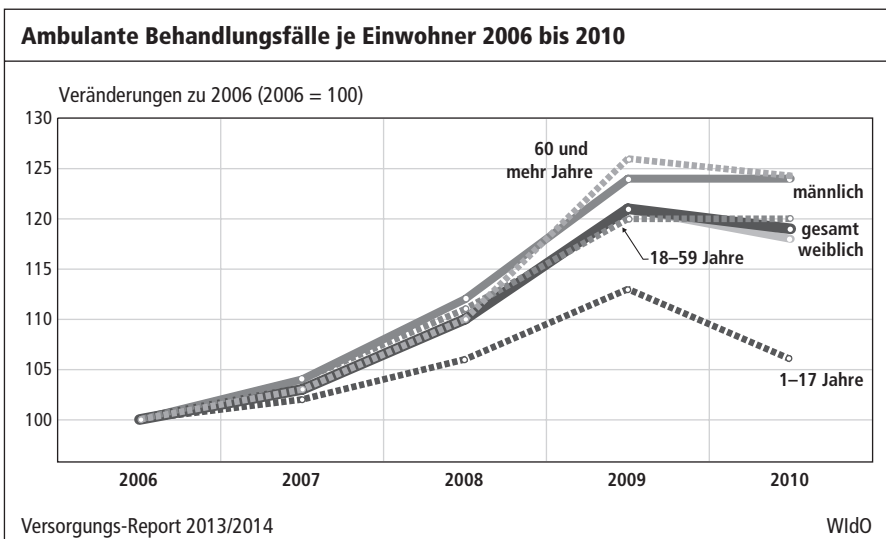
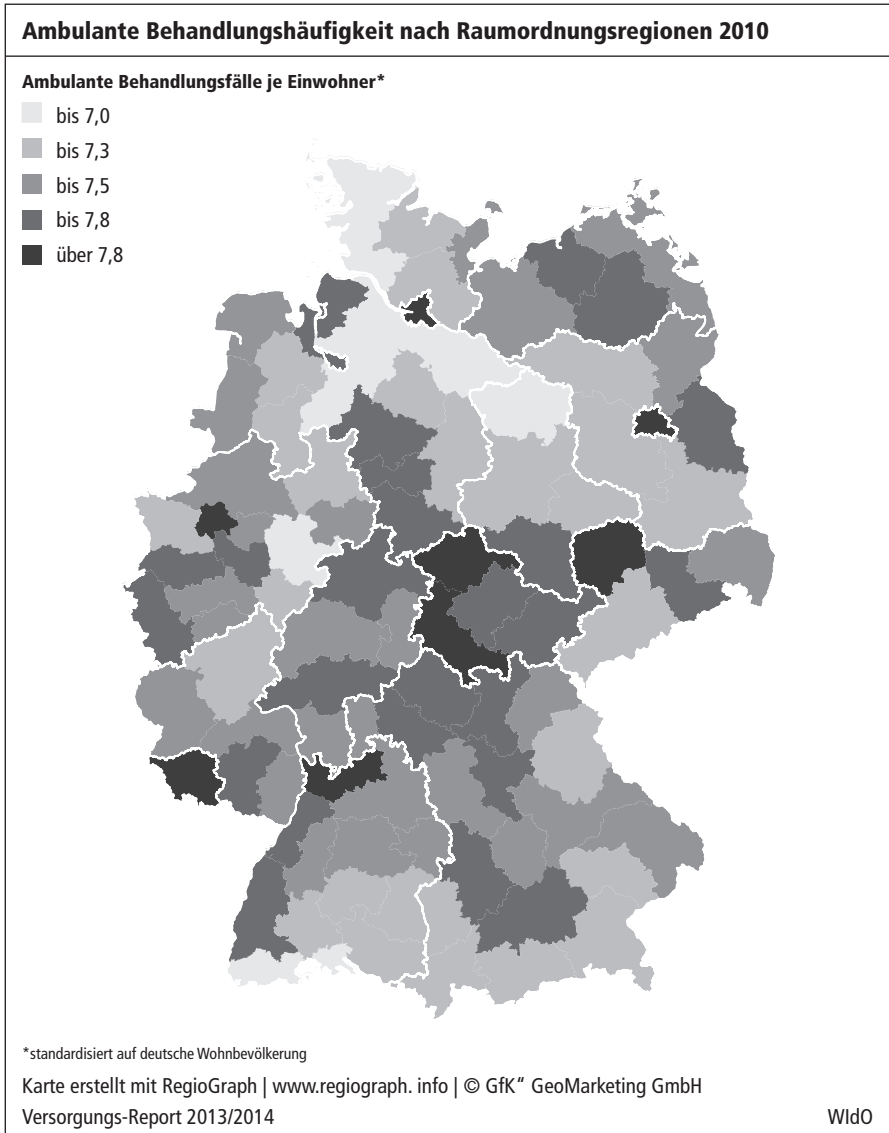


Abbildung 11-7



kontinuierlich zu, im Jahr 2010 war ein leichter Rückgang zu beobachten. Dieser resultierte vor allem aus Abnahmen bei Kindern und Jugendlichen und auch – in geringerem Maße – bei älteren Personen ab 60 Jahre. Wie auch schon bei den Arzneiverordnungen könnte eine im Vergleich zum Vorjahr niedrigere Prävalenz bei Infektionskrankheiten dazu beigetragen haben, dass Ärzte weniger stark konsultiert wurden. Bei männlichen Patienten war die Zunahme der ambulanten Inanspruchnahme überdurchschnittlich.

In der starken Zunahme im Jahr 2009 dürften sich unter anderem auch Effekte der sog. „Laborreform“ zeigen.¹⁶

In allen Jahren konsultierten weibliche Patienten häufiger einen oder mehrere Ärzte als männliche. Personen ab 60 Jahren sind die Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Konsultationshäufigkeit; mit 10,7 Behandlungsfällen im Jahr 2010 haben sie rein rechnerisch im Mittel pro Quartal zwei bis drei Ärzte besucht. Bei Kindern und Jugendlichen war es im Mittel mit 5,1 Behandlungsfällen ein Arzt pro Quartal und ein weiterer Arzt (betrachtet für das ganze Jahr).

Die regionalisierte Darstellung ambulanter Behandlungsfälle nach Raumordnungsregionen (Abbildung 11–7) zeigt kein einheitliches Bild. Allerdings ist die Streuung der Werte mit 1,3 Fällen zwischen dem Minimum von 6,7 Behandlungsfällen in der Region Altmark und dem Maximum von 8,0 Fällen pro Einwohner in Südthüringen relativ gering. Die ambulante Inanspruchnahme stellt sich anders als die Hospitalisierung oder die Arzneimittelverordnungen homogener dar.

So sind 88,9 Prozent aller Einwohner mindestens einmal im Jahr 2010 bei einem niedergelassenen Vertragsarzt (irgendeiner Fachgruppe) gewesen. Dabei wurden durchschnittlich 7,4 Behandlungsfälle bei niedergelassenen Ärzten gezählt. Das entspräche (gerundet) der regelmäßigen Konsultation von beinahe zwei Ärzten in jedem der vier Quartale eines Jahres. Von den 7,4 Fällen wurden im Mittel 2,1 (oder 28,6 Prozent) bei Allgemeinmedizinern und 0,6 (8,7 Prozent) bei Internisten gezählt. Die restlichen Fälle verteilen sich auf alle anderen Fachgruppen. Die Anzahl der Fälle je Fachgruppe summiert sich zur Anzahl der Fälle gesamt. Zur Veranschaulichung fachärztlicher Inanspruchnahme werden in Abbildung 11–8 die Behandlungsfälle je Einwohner nach Arztfachgruppen aufgeschlüsselt. Alle Patienten, die sich tatsächlich bei einem niedergelassenen Arzt behandeln ließen, verursachten dort insgesamt im Mittel 8,3 Behandlungsfälle pro Person, bei der Konsultation der Internisten beispielsweise waren es 2,7 Fälle.

Tabelle 11–13: 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.

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

Behandlungsquote, Abweichung zum Vorjahr: Der Anteil der Personen in ambulanter ärztlicher Behandlung im Jahr 2010 wird mit dem Anteil des Jahres 2009 verglichen. Die Abweichung wird in Prozentpunkten ausgewiesen.

16 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 Abrechnungsfälle vor. Vorher waren die Leistungen der Laborärzte im Abrechnungsfall des veranlassenden Arztes enthalten.

Behandlungsfälle je Einwohner: 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 Fachgruppen aufsucht. Im Nenner dieses Quotienten werden alle Personen einer dargestellten Population mitgezählt, unabhängig davon, ob sie tatsächlich beim Arzt waren und selbst einen Behandlungsfall verursacht haben oder nicht (Nonuser inklusive). In Tabelle 11–13 stehen im Nenner alle Einwohner, während die indikationenbezogenen Darstellungen der Beiträge 6 bis 10 nicht auf Einwohner, sondern auf alle ausgewählten Erkrankten (Nonuser inklusive) bezogen sind.

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

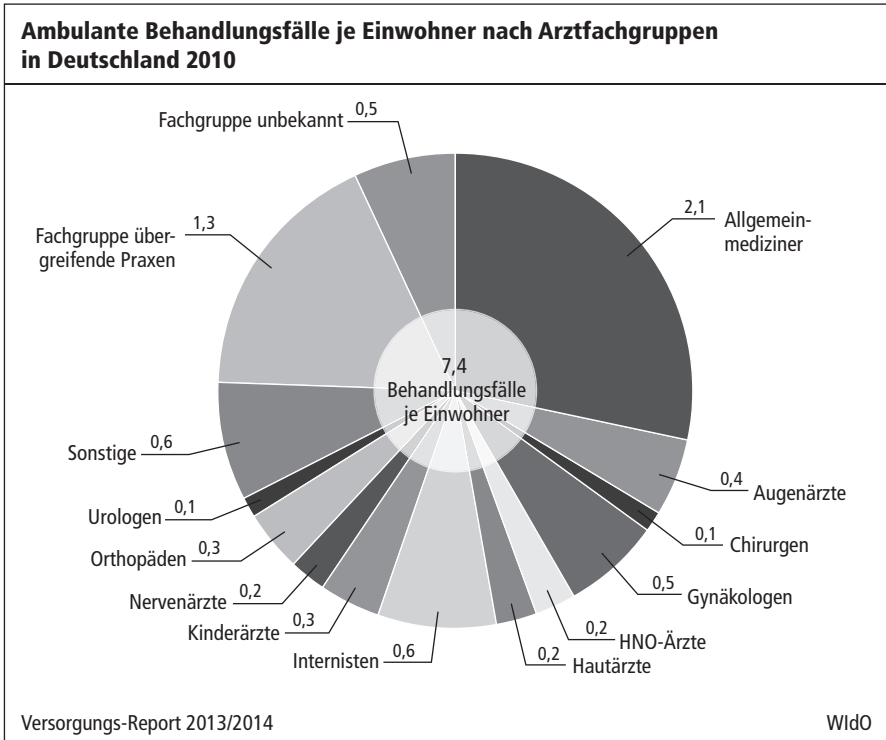
Behandlungsfälle je ambulanter Patient der Arztgruppe: In der letzten Spalte ändert sich gegenüber der bisherigen Darstellung die Bezugsgröße: Es wird nicht auf alle Personen in der betrachteten Population, sondern ausschließlich auf Patienten bezogen – also nur auf diejenigen Personen, die tatsächlich bei einem niedergelassenen Arzt in Behandlung waren. Damit gilt auch eine andere Interpretationslogik.

Tabelle 11–13

Inanspruchnahme von Fachärzten 2010 insgesamt

Arztfachgruppe	Behandlungsquote	Behandlungsquote	Behandlungsfälle je Einwohner	Anteil Fälle	Behandlungsfälle je amb. Patient der Arztgruppe
		Abw. Vorjahr in Prozentpunkten			
Allgemeinmediziner	65,4 %	-1,6	2,1	28,6	3,2
Augenärzte	20,8 %	-0,2	0,4	4,7	1,7
Chirurgen	8,6 %	-0,3	0,1	1,7	1,5
Gynäkologen	21,2 %	-0,2	0,5	6,9	2,4
HNO-Ärzte	13,8 %	0,0	0,2	3,0	1,6
Hautärzte	13,4 %	-0,1	0,2	3,0	1,7
Internisten	24,2 %	-0,3	0,6	8,7	2,7
Kinderärzte	10,0 %	-0,5	0,3	3,9	2,9
Nervenärzte	8,0 %	0,1	0,2	2,4	2,3
Orthopäden	14,5 %	-0,2	0,3	3,4	1,8
Urologen	6,8 %	0,0	0,1	1,8	2,0
Sonstige	28,8 %	-1,4	0,6	7,5	1,9
Fachgruppenübergreifende Praxen	47,3 %	0,5	1,3	17,7	2,8
Fachgruppe unbekannt	25,0 %	-7,3	0,5	6,6	2,0
Insgesamt	88,9 %	-0,6	7,4	100,0	8,3

Abbildung 11–8



11.9 Inanspruchnahme von Heilmitteln

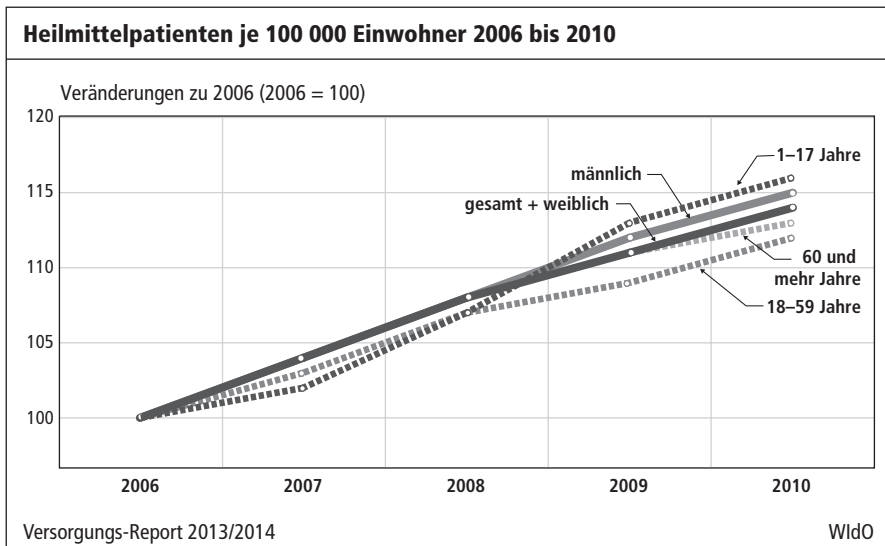
Dieser Abschnitt skizziert das Heilmittelverordnungsgeschehen in Deutschland. Die Anzahl der Heilmittelverordnungen je 100 000 Einwohner ist bei männlichen Patienten niedriger als bei weiblichen (Tabelle 11–14). Sie steigt mit dem Alter an und ist bei Patienten ab 60 Jahren mehr als doppelt so hoch wie bei Kindern und Jugendlichen.

Tabelle 11–14

Anzahl Heilmittelpatienten je 100 000 Einwohner im 5-Jahres-Vergleich

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

Abbildung 11–9



Ab dem ersten Berichtsjahr 2006 haben die Heilmittelverordnungen stetig zugenommen, insgesamt um 14,2 Prozent von 14 848 auf 16 952 Verordnungen je 100 000 Einwohner. Abbildung 11–9 zeigt eine ähnliche Entwicklung der Verordnungsquoten bei männlichen und weiblichen Patienten. In der Darstellung nach Altersgruppen ist bei Kindern und Jugendlichen (+15,9 Prozent) ein leicht überdurchschnittlicher, bei den 18- bis 59-Jährigen ein leicht unterdurchschnittlicher Anstieg der Verordnungsquoten (+12,1 Prozent) zu erkennen.

Die Verordnungsquoten in den vier Leistungsbereichen für Heilmittel und die häufigsten Leistungen nach Heilmittelgruppen im Jahr 2010 zeigt Abbildung 11–10. Spitzenreiter unter den Leistungsbereichen ist die Physiotherapie mit 15 180 Heilmittelpatienten je 100 000 Einwohner, die drei anderen Bereiche Logopädie, Ergotherapie und Podologie werden mit unter 1 000 Heilmittelpatienten je 100 000 Einwohner vergleichsweise selten in Anspruch genommen. Innerhalb der Physiotherapie fällt gemessen an der Verordnungshäufigkeit der Krankengymnastik die größte Bedeutung zu, gefolgt von den ergänzenden Physiotherapieleistungen, insbesondere der Wärme-/Kältetherapie und der Massage.

11.10 Verteilung der Ausgaben

Ergänzend zu den Parametern der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden im Folgenden die dadurch entstehenden 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 2010

Abbildung 11–10



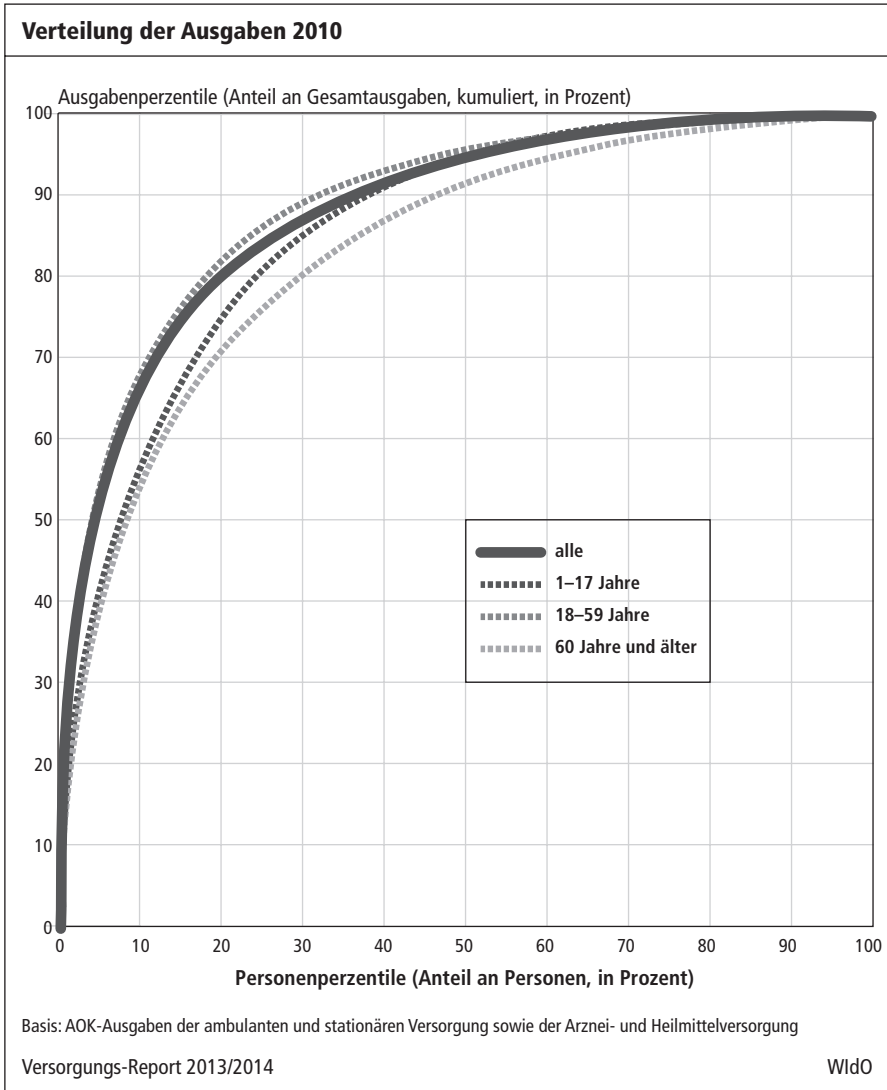
bei der AOK versicherten Personen. Für die Analyse wurden die Ausgaben der vier umsatzintensivsten Leistungsbereiche Arzneimittelversorgung, stationäre Versorgung, Heilmittelversorgung und ambulante ärztliche Versorgung aufsummiert.¹⁷ Damit sind rund 80 Prozent der gesamten Leistungsausgaben repräsentiert.

Die Ausgabenverteilung wird in Abbildung 11–11 anhand von Lorenzkurven dargestellt, und zwar sowohl insgesamt für alle Personen als auch differenziert nach den drei Altersgruppen

- 1–17 Jahre,
- 18–59 Jahre und
- 60 Jahre und älter.

¹⁷ Für die gewählte Darstellung wurde auf AOK-Daten zurückgegriffen und keine Alters- und Geschlechtsadjustierung vorgenommen.

Abbildung 11–11



Auf der Waagerechten sind die Personen jeweils eingeteilt in Teilmengen von einem Prozent der Gesamtpersonenzahl (Perzentile) dargestellt, und zwar absteigend sortiert nach der Höhe der jeweiligen Ausgaben in jedem Perzentil. Links finden sich die Personen mit den höchsten Ausgaben, rechts die mit den niedrigsten Ausgaben. Auf der Senkrechten sind die Gesamtkosten für jedes Perzentil abgetragen, und zwar jeweils von unten nach oben gehend kumuliert.

Die prozentuale Verteilung der Ausgaben auf versicherte Personen zeigt eine ausgeprägte Asymmetrie: Auf rund 20 Prozent der Versicherten entfallen rund 80 Prozent der Ausgaben. Die teuersten fünf Prozent der Population beanspruchen rund die Hälfte aller Leistungen (siehe auch Tabelle 11–15).

Tabelle 11–15

Verteilung der Ausgaben auf die Versicherten im Jahr 2010

Auf ...% der Population mit hoher Inanspruchnahme entfallen ... % der Gesamtausgaben*	alle	1 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
... das oberste 1 %	22,5 %	30,4 %	27,0 %	15,5 %
... die oberen 5 %	49,5 %	50,0 %	53,7 %	38,7 %
... die oberen 10 %	64,7 %	62,8 %	68,0 %	53,6 %
... die oberen 20 %	80,3 %	76,1 %	82,5 %	71,1 %

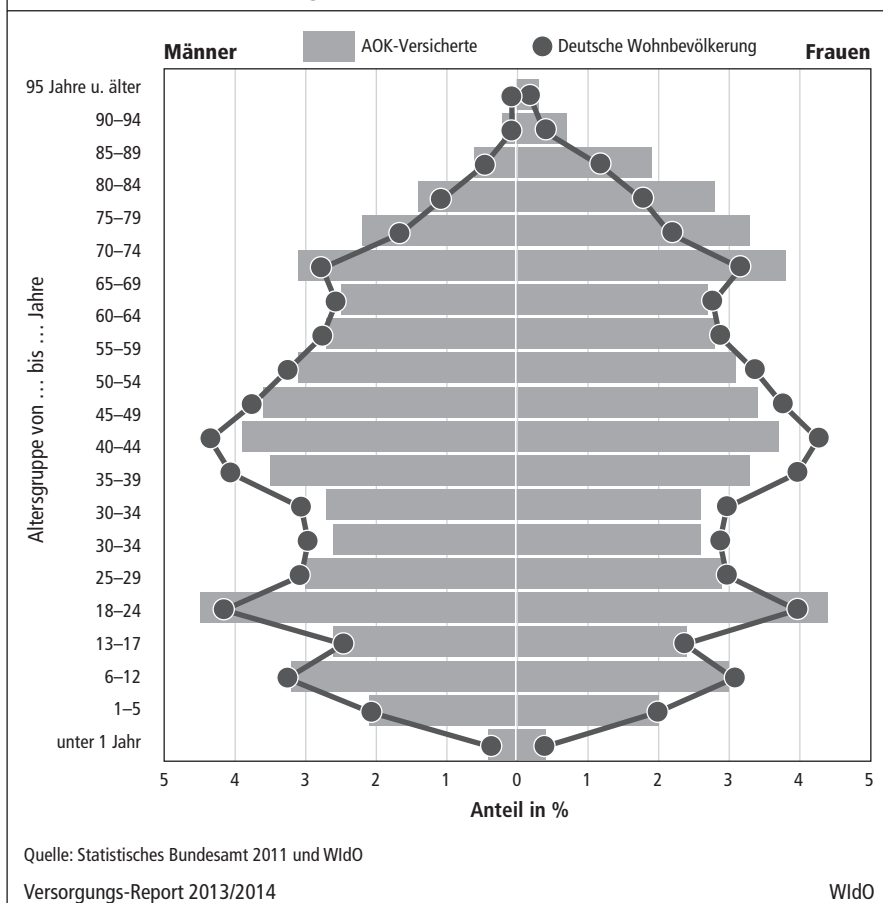
*AOK-Ausgaben in der ambulanten und stationären sowie in der Arznei- und Heilmittelversorgung

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

Abbildung 11–12

**Alters- und Geschlechtsverteilung:
deutsche Wohnbevölkerung und AOK-Versicherte im Jahr 2010**



Den am stärksten nach oben gewölbten Kurvenverlauf weisen die 18- bis 59-Jährigen auf. Bei ihnen liegt somit die stärkste Disparität in der Kostenverteilung vor: Auf vergleichsweise wenige Personen konzentrieren sich besonders hohe Ausgaben, auf vergleichsweise viele Personen entfallen nur geringe Ausgaben.

Die gleichmäßigste Verteilung der Kosten ist bei den Älteren (60 Jahre und älter) zu verzeichnen. Die betreffende Kurve verläuft flacher als die der anderen Altersklassen; damit entfallen auch auf die Personen mit geringerer Inanspruchnahme mehr Kosten als bei den Jüngeren. Tabelle 11–15 ergänzt die grafische Darstellung mit den wichtigsten Angaben.

11.11 Deutsche Wohnbevölkerung

Für die Standardisierung der Ergebnisse wurde die Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2010 zugrunde gelegt. Abbildung 11–12 stellt die Bevölkerung in Fünf-Jahres-Altersklassen und differenziert nach männlichen und weiblichen Einwohnern dar (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes). Die Alters- und Geschlechtsverteilung der AOK-Versicherten ist ebenfalls dargestellt.

Literatur

- AGENS Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (Hrsg). Gute Praxis Sekundärdaten (GPS). Leitlinien und Empfehlungen, 3. Fassung 2012.
- Bitzer EM, Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. Barmer GEK Report Krankenhaus 2010. Schwerpunktthema: Trends in der Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenks. Sankt Augustin: Asgard 2010.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg). Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen. Köln 2011.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg). OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2010.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg). ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis Version 2010, Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.
- Fricke U, Günther J, Zawinell A, Zeidan R. Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. ATC-Index mit DDD-Angaben. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK. http://www.wido.de/arz_atcddd-klassifi.html (02. März 2013).
- Gerste B, Gutschmidt S. Datenqualität von Diagnosedaten aus dem ambulanten Bereich. Kritische Anmerkungen am Beispiel Diabetes. Gesundheits- und Sozialpolitik 2006; 3–4: 10–24.
- Geyer S, Jaunzeme J. Chancen und Grenzen von Surveys und GKV-Daten. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber (in Druck).
- Hoffmann F, Icks A. Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. Gesundheitswesen 2012; 74: 291–7.

- Horenkamp-Sonntag D, Linder R, Wenzel F, Gerste B, Ihle P. Validität und Daten-Qualität In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber (in Druck).
- Jaunzeme J, Eberhard S, Geyer S. Wie „repräsentativ“ sind GKV-Daten? Bundesgesundheitsblatt 2013; 56: 447–54.
- Kreienbrock L, Schach S. Epidemiologische Methoden. Stuttgart 1997.
- Ozegowski S. Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. GGW 2013; 1: 23–4
- Schnee M. Sozialökonomische Strukturen und Morbidität in den gesetzlichen Krankenkassen. In: Schnee M (Hrsg). Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2008; 88–104
- Schubert I, Ihle P, Köster I. Versorgungsmonitoring mit Routinedaten: Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Hrsg). Report Versorgungsforschung. Band 1. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2008; 9–19.
- Schubert I, Köster I. Ambulante Diagnoseangaben in GKV-Daten. In: Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber (in Druck).
- Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden 2011a.
- Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Fachserie 12, Reihe 6.4. Wiesbaden 2011b.
- Swart E, Ihle P (Hrsg). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber 2005.
- Swart E, Deh U, Robra BP. Die Nutzung der GKV-Daten für die kleinräumige Analyse und Steuerung der stationären Versorgung. Bundesgesundheitsblatt 2008; 51; 10: 1183–92, DOI: 10.1007/s00103-008-0653-z.
- Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2. vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber (in Druck).