

# Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive

STUDIEN  
BERICHT

---

# Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive

## Studienbericht

im Auftrag von

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)

Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN)

Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) /  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)

Berlin, 26. Februar 2014



## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>13</b>
<b>1 Hintergrund</b> .....	<b>19</b>
<b>2 Ziel der Studie</b> .....	<b>21</b>
<b>3 Struktur und methodische Ansätze der Analyse</b> .....	<b>22</b>
3.1 Analysepopulation .....	22
3.2 Auswertungskonzept.....	23
3.3 Sonderauswertung für die Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen .....	26
3.4 Interregionale Vergleiche .....	27
<b>4 Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose</b> .....	<b>30</b>
4.1 Ergebnisse im Überblick.....	30
4.2 Beschreibung der Patientengruppe .....	35
4.2.1 Anzahl und Versichertenanteil, Alter und Geschlecht, regionale Verteilung, Diagnose- Untergruppen.....	35
4.2.2 Arbeitsunfähigkeit .....	40
4.2.3 Erwerbsminderung .....	41
4.3 Anteile der unterschiedlichen Leistungssektoren und - bereiche an der Versorgung von MS-Patienten.....	42
4.3.1 Ambulante vertragsärztliche Versorgung .....	42
4.3.2 Arzneimittelversorgung.....	46
4.3.3 Krankenhausversorgung.....	48
4.3.4 Stationäre und ambulante Anschlussrehabilitation .....	54
4.3.5 Pflegestufe und -leistungen .....	54
4.3.6 Psychiatrische Institutsambulanzen .....	57
4.4 Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen .....	57
4.5 Patientenversorgung an den intersektoralen und fachgebietsbezogenen Schnittstellen .....	60
4.5.1 "Behandlungswege" nach einem Krankenhausaufenthalt.....	60
4.5.2 Krankenhaus-Wiederaufnahmen.....	62
4.5.3 Krankenhausaufnahmen nach einer Rehabilitationsbehandlung .....	65
4.5.4 Behandlung nach Erstmanifestation.....	65
4.5.5 Leistungserbringer-Konstellationen .....	68

<b>5</b>	<b>Versorgung von Patienten mit Demenz.....</b>	<b>70</b>
5.1	Ergebnisse im Überblick.....	70
5.2	Beschreibung der Patientengruppe .....	75
5.2.1	Anzahl und Versichertenanteil, Alter und Geschlecht, regionale Verteilung, Diagnose- Untergruppen.....	75
5.2.2	Arbeitsunfähigkeit .....	81
5.2.3	Erwerbsminderung .....	82
5.3	Anteile der unterschiedlichen Leistungssektoren und - bereiche an der Versorgung von Demenz-Patienten .....	82
5.3.1	Ambulante vertragsärztliche Versorgung .....	82
5.3.2	Arzneimittelversorgung.....	88
5.3.3	Krankenhausversorgung.....	90
5.3.4	Stationäre und ambulante Anschlussrehabilitation .....	95
5.3.5	Pflegestufe und -leistungen .....	96
5.3.6	Psychiatrische Institutsambulanzen .....	98
5.4	Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen .....	100
5.5	Patientenversorgung an den intersektoralen und fachgebietsbezogenen Schnittstellen .....	104
5.5.1	Behandlung nach Erstmanifestation.....	104
5.5.2	Leistungserbringer-Konstellationen .....	107
<b>6</b>	<b>Versorgung von Patienten mit Schizophrenie .....</b>	<b>108</b>
6.1	Ergebnisse im Überblick.....	108
6.2	Beschreibung der Patientengruppe .....	113
6.2.1	Anzahl und Versichertenanteil, Alter und Geschlecht, regionale Verteilung .....	113
6.2.2	Arbeitsunfähigkeit.....	116
6.2.3	Erwerbsminderung .....	117
6.3	Anteile der unterschiedlichen Leistungssektoren und - bereiche an der Versorgung von Schizophrenie- Patienten .....	119
6.3.1	Ambulante vertragsärztliche Versorgung .....	119
6.3.2	Arzneimittelversorgung.....	122
6.3.3	Krankenhausversorgung.....	123
6.3.4	Stationäre und ambulante Anschlussrehabilitation .....	128
6.3.5	Pflegestufe und -leistungen .....	129
6.3.6	Psychiatrische Institutsambulanzen .....	131
6.4	Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen .....	132
6.5	Patientenversorgung an den intersektoralen und fachgebietsbezogenen Schnittstellen .....	137
6.5.1	"Behandlungswege" nach einem Krankenhausaufenthalt.....	137

6.5.2	Krankenhaus-Wiederaufnahme .....	139
6.5.3	Behandlung nach Erstmanifestation .....	142
6.5.4	Leistungserbringer-Konstellationen .....	144
<b>7</b>	<b>Anhang 1: Patientenselektion.....</b>	<b>147</b>
7.1.1	Multiple Sklerose .....	147
7.1.2	Schizophrenie .....	148
7.1.3	Demenzerkrankungen.....	149
<b>8</b>	<b>Anhang 2: Ergänzende Teile .....</b>	<b>151</b>
8.1	Multiple Sklerose .....	151
8.1.1	Komorbiditäten der MS-Patienten .....	151
8.1.2	Häufigkeiten abgerechneter MS-typischer GOPs .....	156
8.1.3	Häufigkeiten abgerechneter MS-typischer DRGs.....	159
8.2	Demenz .....	162
8.2.1	Komorbiditäten der Demenz-Patienten.....	162
8.2.2	Häufigkeiten abgerechneter Demenz-typischer GOPs.....	166
8.2.3	Demenz-typische Arzneimittelverordnungen .....	168
8.3	Schizophrenie .....	176
8.3.1	Komorbiditäten der Schizophrenie-Patienten .....	176
8.3.2	Häufigkeiten abgerechneter Schizophrenie-typischer GOPs .....	180

## Tabellen

Tabelle 1:	Grundgesamtheiten nach Patientengruppe, 2008-2010.....	23
Tabelle 2:	Anteil der MS-Patienten an allen BARMER GEK- Versicherten nach Bundesländern, 2010 .....	37
Tabelle 3:	Differenzierung der MS-Patienten nach Diagnose- Untergruppen, 2008-2010.....	38
Tabelle 4:	Gleichzeitige Kodierung von zwei und mehr näher bezeichneten Codes bei MS, 2008-2010 .....	39
Tabelle 5:	Beteiligung der ärztlichen Fachgruppen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von MS-Patienten, 2010 .....	43
Tabelle 6:	Durchschnittliche Anzahl der vertragsärztlichen Behandlungsfälle je MS-Patient und Behandlungsfälle je Person gemäß BARMER GEK, 2008-2010.....	45
Tabelle 7:	Zusammenhang zwischen dem Anteil der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt und den stationären und ambulanten Angebotskapazitäten, 2010.....	50

Tabelle 8:	Anteile der MS-bedingten Krankenhausfälle nach einweisender ärztlicher Fachgruppe und nach Bundesland, 2010 .....	53
Tabelle 9:	Anzahl der MS-Patienten mit stationärer und ambulanter Anschlussrehabilitation, 2008-2010 .....	54
Tabelle 10:	Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit unter den MS-Patienten nach Pflegestufen, 2010 .....	55
Tabelle 11:	Dauer der festgestellten Pflegebedürftigkeit unter den MS-Patienten, 2010 .....	55
Tabelle 12:	Anteil der MS-Patienten mit Pflegeleistungen nach Leistungsart gemäß SGB XI, 2010 .....	56
Tabelle 13:	Durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI der MS-Patienten (in Tagen), 2010 .....	56
Tabelle 14:	Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von MS-Patienten, 2008-2010 .....	59
Tabelle 15:	Verteilung der MS-Patienten nach Anzahl intersektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen, 2008-2010 .....	60
Tabelle 16:	Behandlungen nach Erstdiagnose: Arztkontakte von MS-Patienten im Zeitraum von 6 Wochen nach Erstdiagnose nach Bundesländern, 2009-2010.....	67
Tabelle 17:	Altersstruktur der Demenz-Patienten, 2008-2010 .....	78
Tabelle 18:	Anteil der Demenz-Patienten an allen BARMER GEK-Versicherten nach Bundesländern, 2010 .....	79
Tabelle 19:	Differenzierung der Demenz-Patienten nach Diagnose-Untergruppen, 2008-2010.....	80
Tabelle 20:	Gleichzeitige Kodierung von zwei und mehr näher bezeichneten Codes bei Demenz, 2008-2010 .....	81
Tabelle 21:	Beteiligung der ärztlichen Fachgruppen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Demenz-Patienten, 2010 .....	83
Tabelle 22:	Zusammenhang zwischen dem Anteil der Demenz-Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten Krankenhausaufenthalt und den stationären und ambulanten Angebotskapazitäten, 2012 .....	93
Tabelle 23:	Anzahl der Demenz-Patienten mit stationärer und ambulanter Anschlussrehabilitation, 2008-2010 .....	96
Tabelle 24:	Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit unter den Demenz-Patienten nach Pflegestufe und Dauer der Pflegebedürftigkeit in Tagen, 2010 .....	97
Tabelle 25:	Anteil der Demenz-Patienten mit Pflegeleistungen nach Leistungsart gemäß SGB XI und durchschnittliche Dauer der	



	Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI in Tagen, 2010 .....	98
Tabelle 26:	Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Demenz-Patienten, 2008-2010 .....	101
Tabelle 27:	Verteilung der Demenz-Patienten nach Anzahl intersektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen, 2008-2010 .....	102
Tabelle 28:	Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten PIA-Aufenthalt, 1 Hj. 2012 .....	103
Tabelle 29:	Behandlungen nach Erstdiagnose: Arztkontakte von Demenz-Patienten im Zeitraum von 6 Wochen nach Erstdiagnose nach Bundesländern, 2009-2010 .....	106
Tabelle 30:	Anteil der Schizophrenie-Patienten an allen BARMER GEK-Versicherten nach Bundesländern, 2010 .....	116
Tabelle 31:	Beteiligung der ärztlichen Fachgruppen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Schizophrenie-Patienten, 2010 .....	119
Tabelle 32:	Zusammenhang zwischen dem Anteil der Schizophrenie-Patienten mit mind. einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt und den stationären und ambulanten Angebotskapazitäten, 2010 .....	126
Tabelle 33:	Anzahl der Patienten mit stationärer und ambulanter Anschlussrehabilitation, 2008-2010 .....	129
Tabelle 34:	Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit unter Schizophrenie-Patienten nach Pflegestufe und Dauer der festgestellten Pflegebedürftigkeit in Tagen, 2010 .....	130
Tabelle 35:	Anteil der Schizophrenie-Patienten mit Pflegeleistungen nach Leistungsart gemäß SGB XI und Dauer der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in Tagen, 2010.....	130
Tabelle 36:	Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Schizophrenie-Patienten, 2008-2010 .....	134
Tabelle 37:	Verteilung der Schizophrenie-Patienten nach Anzahl intersektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen, 2008-2010 .....	135
Tabelle 38:	Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Patienten mit mind. einem Schizophrenie-bedingten PIA-Aufenthalt, 1 Hj. 2012.....	136
Tabelle 39:	Behandlungen nach Erstdiagnose: Arztkontakte von Schizophrenie-Patienten im Zeitraum von 6 Wochen nach Erstdiagnose nach Bundesländern, 2009-2010 .....	143
Tabelle 40:	Multiple Sklerose: Diagnosen für Patientenselektion .....	148

Tabelle 41:	MS-spezifische Arzneimittel (Wirkstoffe).....	148
Tabelle 42:	Schizophrenie: Diagnosen für Patientenselektion .....	149
Tabelle 43:	Demenz: Diagnosen für Patientenselektion .....	149
Tabelle 44:	Demenz-spezifische Arzneimittel (Wirkstoffe).....	150
Tabelle 45:	Die 15 häufigsten ambulanten vertragsärztlichen Diagnosen nach CCS-Gruppen für MS-Patienten, 2008 und 2010 .....	152
Tabelle 46:	Die häufigsten 15 Krankenhaus-Hauptdiagnosen nach CCS- Gruppen für MS-Patienten, 2008 und 2010 .....	154
Tabelle 47:	Die häufigsten 15 Krankenhaus-Nebendiagnosen nach CCS- Gruppen für MS-Patienten, 2008 und 2010 .....	155
Tabelle 48:	Anzahl ausgewählter GOPs bei MS-Patienten nach Bundesland und Anteil an allen GOPs im Bundesland, 2010.....	157
Tabelle 49:	DRGs für MS-bedingte Krankenhaufälle .....	160
Tabelle 50:	Die 15 häufigsten ambulanten vertragsärztlichen Diagnosen nach CCS-Gruppen für Demenz-Patienten, 2008 und 2010 .....	163
Tabelle 51:	Die häufigsten 15 Krankenhaus-Hauptdiagnosen nach CCS- Gruppen für Demenz-Patienten, 2008 und 2010 .....	164
Tabelle 52:	Die häufigsten 15 Krankenhaus-Nebendiagnosen nach CCS- Gruppen für Demenz-Patienten, 2008 und 2010 .....	165
Tabelle 53:	Anzahl ausgewählter GOPs bei Demenz-Patienten nach Bundesland und Anteil an allen GOPs im Bundesland, 2010.....	167
Tabelle 54:	Anzahl der Demenz-Patienten mit mind. einer demenz- typischen Verordnung sowie Anzahl der Verordnungen und der verordneten DDDs, 2008 und 2010 .....	169
Tabelle 55:	Anteil der Demenz-Patienten mit demenz-typischen Arzneimittelverordnungen nach Demenz-Untergruppen, 2010 .....	171
Tabelle 56:	Anteile der ärztlichen Fachgruppen an den verordneten DDD der demenz-typ. Arzneimittel nach Untergruppen der Demenz-Patienten, 2010 .....	173
Tabelle 57:	Die 15 häufigsten ambulanten vertragsärztlichen Diagnosen nach CCS-Gruppen für Schizophrenie-Patienten, 2008 und 2010 .....	177
Tabelle 58:	Die häufigsten 15 Krankenhaus-Hauptdiagnosen nach CCS- Gruppen für Schizophrenie-Patienten, 2008 und 2010 .....	178
Tabelle 59:	Die häufigsten 15 Krankenhaus-Nebendiagnosen nach CCS- Gruppen für Schizophrenie-Patienten, 2008 und 2010 .....	179
Tabelle 60:	Anzahl ausgewählter GOPs bei Schizophrenie-Patienten nach Bundesland und Anteil an allen GOPs im Bundesland, 2010 .....	181

## Abbildungen

Abbildung 1: Anzahl der Hausärzte bzw. Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010.....	28
Abbildung 2: Anzahl der MS-Patienten (Grundgesamtheiten), 2008-2010.....	35
Abbildung 3: Patienten mit MS nach Geschlecht, 2008-2010 .....	36
Abbildung 4: Anzahl MS-Patienten mit mind. einer krankheitsspezifischen AU-Diagnose und Anteil an allen MS-Patienten im erwerbsfähigen Alter, 2008-2010.....	40
Abbildung 5: Anzahl MS-Patienten mit Erwerbsminderungsrente und Anteil an allen MS-Patienten im erwerbsfähigen Alter, 2008-2010 .....	41
Abbildung 6: Anteil der Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher MS-Behandlung ausschließlich durch die Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie an allen MS-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010 .....	44
Abbildung 7: Anteile der abgerechneten Punkte an der Gesamtzahl der für die Versorgung von MS-Patienten abgerechneten Punkte nach Arztgruppen, 2010 .....	46
Abbildung 8: DDD-bezogene Verordnungsanteile der ärztlichen Fachgruppen bei MS-spezifischen Arzneimitteln, 2010.....	47
Abbildung 9: Anteil der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausfall an allen MS-Patienten nach Bundesland, 2010 .....	48
Abbildung 10: Anteil der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausfall an allen MS-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010.....	49
Abbildung 11: Anteile der Fachabteilungen an der Behandlung MS-bedingter Krankenhausfälle, 2010 .....	51
Abbildung 12: Anteile ärztlicher Fachgruppen an den Einweisungen von MS-bedingten Krankenhausfällen, 2010 .....	52
Abbildung 13: Verteilung der MS-Patienten nach Behandlungssektor vier bzw. fünf bis zwölf Wochen nach einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt, 2010 .....	61
Abbildung 14: Anteil der MS-Patienten mit MS-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus, differenziert nach Patienten mit und ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung, 2009-2010 .....	63
Abbildung 15: Anteil der MS-Patienten mit MS-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus, differenziert nach Patienten mit und ohne Fach- bzw. Hausarztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung, 2009-2010.....	64

Abbildung 16: Anteil der MS-Patienten mit MS-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit Entlassung aus der Rehabilitation, 2008-2010.....	65
Abbildung 17: Häufigkeit unterschiedlicher Leistungserbringer-Konstellationen in der Versorgung von MS-Patienten innerhalb eines Quartals, 1.-4. Quartal 2010 .....	68
Abbildung 18: Anzahl der Demenz-Patienten (Grundgesamtheit), 2008-2010 .....	75
Abbildung 19: Patienten mit Demenz nach Geschlecht, 2008-2010 .....	76
Abbildung 20: Anteil der Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Demenz-Behandlung ausschließlich durch die Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010 .....	84
Abbildung 21: Anteil der Demenz-Patienten, die ausschließlich hausärztlich versorgt wurden, an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010 .....	85
Abbildung 22: Anteil der Demenz-Patienten, die ambulant ausschließlich hausärztlich und ohne demenz-spezifische Verordnung versorgt wurden, an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010 .....	86
Abbildung 23: Anteile der abgerechneten Punkte an der Gesamtzahl der für die Versorgung von Demenz-Patienten abgerechneten Punkte nach Arztgruppen, 2010 .....	88
Abbildung 24: Anzahl und Anteil der Demenz-Patienten mit Arzneimittelverordnungen nach Wirkstoffen, 2010.....	89
Abbildung 25: DDD-bezogene Verordnungsanteile der ärztlichen Fachgruppen bei demenz-typischen Arzneimitteln, 2010.....	90
Abbildung 26: Anteil der Demenz-Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten Krankenhausfall an allen Demenz-Patienten nach Bundesland, 2010.....	91
Abbildung 27: Anteil der Demenz-Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten Krankenhausfall an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010 .....	92
Abbildung 28: Anteile der Fachabteilungen an der Behandlung demenz-bedingter Krankenhausfälle, 2010 .....	94
Abbildung 29: Anteile der ärztlichen Fachgruppen an den Einweisungen von demenz-bedingten Krankenhausfällen, 2010 .....	95
Abbildung 30: Anteil der Patienten mit mind. einer Demenz-bedingten PIA-Behandlung an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 1. Hj. 2012.....	99
Abbildung 31: Häufigkeit unterschiedlicher Leistungserbringer-Konstellationen in der Versorgung von Demenz-Patienten innerhalb eines Quartals, 1.-4. Quartal 2010 .....	107

---

Abbildung 32: Anzahl der Schizophrenie-Patienten (Grundgesamtheit), 2008-2010 .....	114
Abbildung 33: Patienten mit Schizophrenie nach Geschlecht, 2008-2010 .....	115
Abbildung 34: Anzahl Schizophrenie-Patienten mit mind. einer krankheitsspezifischen AU-Diagnose und Anteil an allen Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter, 2008-2010...	117
Abbildung 35: Anzahl Schizophrenie-Patienten mit Erwerbsminderungsrente und Anteil an allen Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter nach Krankheitsbild, 2008-2010 .....	118
Abbildung 36: Anteil der Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Schizophrenie-Behandlung ausschließlich durch die Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie an allen Schizophrenie-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010 .....	120
Abbildung 37: Anteile der abgerechneten Punkte an der Gesamtzahl der für die Versorgung von Schizophrenie-Patienten abgerechneten Punkte nach Arztgruppen, 2010 .....	121
Abbildung 38: Anteile der ärztlichen Fachgruppen an den verordneten DDDs der schizophrenie-spezifischen Arzneimittel, 2010 .....	123
Abbildung 39: Anteil der Schizophrenie-Patienten mit mind. einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausfall an allen Schizophrenie-Patienten nach Bundesland, 2010.....	124
Abbildung 40: Anteil der Schizophrenie-Patienten mit mind. einem schizophrenie-bedingten Krankenhausfall an allen Schizophrenie-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010 .....	125
Abbildung 41: Anteile der Fachabteilungen an der Behandlung schizophrenie-bedingter Krankenhausfälle, 2010 .....	127
Abbildung 42: Anteile ärztlicher Fachgruppen an den Einweisungen von schizophrenie-bedingten Krankenhausfällen, 2010.....	128
Abbildung 43: Anteil der Patienten mit mind. einer Schizophrenie-bedingten PIA-Behandlung an allen Schizophrenie-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 1. Hj. 2012.....	132
Abbildung 44: Verteilung der Schizophrenie-Patienten nach Behandlungssektor vier Wochen bzw. fünf bis zwölf Wochen nach einem schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt, 2010 .....	138
Abbildung 45: Verteilung der Patienten nach Behandlungssektor vier Wochen bzw. fünf bis zwölf Wochen nach einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt, 1. Hj. 2012...	139
Abbildung 46: Anteil der Schizophrenie-Patienten mit Schizophrenie-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus,	

	differenziert nach Patienten mit und ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung, 2009-2010.....	140
Abbildung 47:	Anteil der Schizophrenie-Patienten mit Schizophrenie-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus, differenziert nach Patienten mit und ohne Fach- bzw. Hausarztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung, 2009-2010.....	141
Abbildung 48:	Häufigkeit unterschiedlicher Leistungserbringer-Konstellationen in der Versorgung von Schizophrenie-Patienten innerhalb eines Quartals, 1.-4. Quartal 2010.....	145
Abbildung 49:	Anteil der MS-spezifischen Krankenhausfälle nach DRGs, 2010 .....	161
Abbildung 50:	Anteile der ärztlichen Fachgruppen an den Einweisungen von MS-bedingten Krankenhausfällen mit Abrechnung der DRG B68D, 2010.....	161

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
CCS	Clinical Classification Software
DDD	Defined Daily Dose, die angenommene mittlere Tagesdosis bei Arzneimitteln
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
FG	Ärztliche Fachgruppe
HSA	Hochschulambulanz
ICD	International Classification of Diseases
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MS	Multiple Sklerose
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
SGB	Sozialgesetzbuch

## Zusammenfassung

Die Sektoralisierung der Versorgung gilt als eine wesentliche Ursache für Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem. Insbesondere in der Behandlung von Patienten mit schweren Krankheiten kommt es zu Kontinuitätsbrüchen, weil an ihr unterschiedliche Leistungserbringer beteiligt sind, für die je nach Sektorzugehörigkeit teilweise sehr unterschiedliche Regelungen vor allem mit Blick auf Finanzierung und Vergütung gelten.

Auch an der ärztlichen Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen sind in Deutschland unterschiedliche Leistungssektoren und Kostenträger beteiligt. Die Patienten werden sowohl ambulant als auch teilstationär und stationär versorgt. Die vorliegende Studie liefert eine empirische Analyse der Versorgung von Patienten und der Leistungsstrukturen in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. Detailliert untersucht wurde die Versorgung von Patienten, die an **Multipler Sklerose (MS)**, **Demenz** oder **Schizophrenie** erkrankt waren, im Zeitraum 2008 bis 2010.

Die Grundlage der Untersuchung bilden umfassende patientenbezogene **Daten der BARMER GEK Krankenkasse** über sämtliche Diagnosen und Leistungen der unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsversorgung, die im Rahmen der Leistungsabrechnungen routinemäßig dokumentiert wurden. Insgesamt stützt sich die empirische Analyse auf Daten von über 250.000 Patienten.

Für die drei untersuchten Krankheiten ergaben sich hieraus folgende **Prävalenzen bzw. Inzidenzen**:

- Unter den BARMER GEK-Versicherten war die Prävalenz der MS im Jahr 2010 mit 0,23 % im Vergleich zu den aktuellen Schätzungen für Deutschland (0,15 % bis 0,16 %) relativ hoch. Frauen hatten eine um mehr als das 2,5-fache größere Erkrankungshäufigkeit. Selbst unter Berücksichtigung des höheren Frauenanteils unter den BARMER GEK-Versicherten war MS überdurchschnittlich häufig (geschlechtsstandardisiert: 0,21 %). Die Erkrankungshäufigkeit hat im Zeitraum 2008 bis 2010 spürbar zugenommen. Gemäß der epidemiologischen Literatur erscheint dieser Anstieg infolge steigender Lebenserwartung und einer verbesserten Diagnostik plausibel.
- Der Anteil der Demenz-Patienten unter den Versicherten der BARMER GEK-Versicherten lag im Jahr 2010 bei 1,5 % und war damit im Vergleich zu aktuellen Schätzungen für die Gesamtbevöl-

kerung Deutschlands leicht unterdurchschnittlich (1,7 %). Die Zahl der Demenz-Patienten unter den BARMER GEK-Versicherten ist im Zeitraum 2008 bis 2010 um rund 21 % p.a. gestiegen. Diese Zunahme entspricht in etwa den Schätzungen für die Gesamtbevölkerung. Mehr als zwei Drittel der Demenz-Patienten waren Frauen. Diese Geschlechterverteilung entspricht der aller Demenzkranken in Deutschland.

- An Schizophrenie waren 0,44 % der BARMER GEK-Versicherten im Jahr 2010 erkrankt und damit relativ weniger als gemäß aktueller Schätzungen in der Gesamtbevölkerung. Die Prävalenz war unter den weiblichen BARMER GEK-Versicherten höher als unter den männlichen, während bundesweit die Prävalenz bei Männern leicht höher ist als bei Frauen. Die Zunahme der Zahl der Schizophrenie-Patienten unter den BARMER GEK-Versicherten im Zeitraum 2008 bis 2010 ist hingegen vergleichbar mit der durchschnittlichen Inzidenz von jährlich +0,01 % bis +0,02 %.

Die Ergebnisse der Datenauswertungen verdeutlichen, dass es sich bei allen drei untersuchten Krankheiten um relativ schwere und **behandlungsintensive Erkrankungen** handelt:

- MS-Patienten verursachten im Durchschnitt 15,5 Behandlungsfälle im Jahr (alle ärztlichen Fachgruppen), Demenz-Patienten 13,6 und Schizophrenie-Patienten 13,4. Diese Fallzahlen liegen alle deutlich über der durchschnittlichen Fallzahl für die BARMER GEK-Versicherten insgesamt (7,9) und deuten auf einen hohen Behandlungsbedarf, auch aufgrund von Komorbiditäten, hin.
- Etwa die Hälfte der MS-Patienten und 44 % der Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter waren erwerbsgemindert, während dies in der Gesamtbevölkerung nur knapp 3 % waren. (Unter den Demenz-Patienten war der Anteil ähnlich hoch, allerdings waren nur noch relativ wenige von ihnen im erwerbsfähigen Alter).
- Mehr als die Hälfte der Demenz-Patienten und ein Fünftel der MS-Patienten waren pflegebedürftig, der durchschnittliche Anteil in der Bevölkerung betrug dagegen nur 3,3 %. Unter den Schizophrenie-Patienten lag der Anteil der pflegebedürftigen niedriger als bei den beiden anderen Krankheiten (16 %), jedoch erhielten von diesen mehr als die Hälfte und damit weit überdurchschnittlich viele vollstationärer Pflege.

Niedergelassene Fachärzte übernehmen die Primärversorgung von MS- und Schizophrenie-Patienten. Diese Patienten befinden sich ganz überwiegend in **ambulanter fachärztlicher Behandlung**: Im Analysezeitraum (2008-2010) wurden 94 % der MS-Patienten und 80 % der Schizophrenie-



Patienten ausschließlich oder unter Beteiligung der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde bzw. Psychiatrie vertragsärztlich versorgt. In die Behandlung von Demenz-Patienten waren die Vertragsärzte dieser Fachgruppen hingegen relativ seltener eingebunden (57 %). Die niedergelassenen Fachärzte sind bei der Versorgung von Demenz stärker konsiliarisch tätig. Besonders gering war der Anteil der betrachteten Fachgruppen bei der erstmaligen Diagnosestellung (20 %). Angesichts eines hohen Anteils unspezifischer Demenz-Diagnosen erscheint die Beteiligung der Fachärzte hier ausbaufähig.

Die Analyse für den Zeitraum 2008 bis 2010 zeigt die **Vielzahl intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen** in der Patientenversorgung und verdeutlicht somit die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Perspektive. Unterscheidet man die vier Sektoren ambulant, stationär, Pflege und Rehabilitation sowie innerhalb des ambulanten Sektors die Versorgungsbereiche Hausarzt, Facharzt und Arzneimittel, so umfasste die Behandlung von rd. 86 % der MS-Patienten, 75 % der Demenz-Patienten und 78 % der Schizophrenie-Patienten Leistungen aus mindestens drei verschiedenen Versorgungsbereichen, bei mehr als einem Drittel der MS-Patienten (rd. 36 %), 40 % der Demenz-Patienten und 27 % der Schizophrenie-Patienten aus mindestens vier Versorgungsbereichen. Eine Sonderauswertung zur Versorgung durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) ergab, dass Demenz- und Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlungen im 1. Halbjahr 2012 sehr häufig zusätzliche Versorgungsleistungen aus anderen Versorgungsbereichen in Anspruch nahmen, insbesondere von Hausärzten, aber teilweise auch von Fachärzten der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie. Grundsätzlich sollen diese Patienten nicht gleichzeitig durch PIA und Vertragsärzte behandelt werden.

Anhand der Analysen konnten darüber hinaus **Behandlungspfade** nach bestimmten Ereignissen – insbesondere nach Erstdiagnose und nach einem Krankenhausaufenthalt – näher beleuchtet werden:

- Innerhalb von sechs Wochen unmittelbar nach der Erstdiagnose wurde rund die Hälfte aller MS-Patienten mit neu diagnostizierter MS vertragsärztlich durch die hier betrachteten Fachgruppen (Neurologen, Nervenärzte, Psychiater) behandelt. Noch geringer waren die entsprechenden Anteilswerte unter den Demenz-Patienten (25 %) und Schizophrenie-Patienten (38 %). Rund 16 % der MS-, 12 % der Demenz- und 22 % der Schizophrenie-Patienten wurden in den ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose weder von einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, noch von einem Hausarzt oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts (im Krankenhaus / in einer Rehabilitationseinrichtung) ärztlich betreut.

- Etwa jeweils die Hälfte aller MS- und Schizophrenie-Patienten mit mindestens einem MS- bzw. schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt wurde in den vier Wochen nach der Krankenhausentlassung nicht von einem niedergelassenen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater weiter betreut, rd. 15 % der MS- und 21 % der Schizophrenie-Patienten hatten in diesem Zeitraum zudem auch keine hausärztliche Betreuung.

Für die Schizophrenie-Patienten ergeben sich aus dem letztgenannten Befund Hinweise auf **potentielle Versorgungsdefizite**: Der relativ hohe Anteil der Schizophrenie-Patienten ohne zeitnahe ambulante vertragsärztliche Anschlussbehandlung ist hinsichtlich einer kontinuierlichen Arzneimitteltherapie kritisch zu sehen. Die Analyse zeigt nämlich auch, dass die Wahrscheinlichkeit einer stationären Wiederaufnahme für Schizophrenie-Patienten ohne zeitnahen Kontakt zu einem niedergelassenen Facharzt signifikant höher lag.

Darüber hinaus ist zu fragen, inwiefern es als bedarfsgerecht zu beurteilen ist, dass eine stationäre oder ambulante **Anschlussrehabilitation** in der Versorgung der untersuchten Patientengruppen quantitativ keine spürbare Rolle spielt: Weniger als 1 % der MS-Patienten erhielten im Jahr 2010 eine stationäre Anschlussrehabilitation, bei Demenz und Schizophrenie gab es diese Art der Versorgung fast gar nicht. Fast kein MS-Patient bzw. kein Demenz- und Schizophrenie-Patient erhielt eine ambulante Anschlussrehabilitation. Bei der Behandlung der Multiplen Sklerose erscheint eine solch geringer Anteil der Rehabilitation unter therapeutischen Gesichtspunkten kritisch, da die Rehabilitation als Bestandteil von multimodalen Komplexbehandlungen bei MS-Patienten zu einer relevanten Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit und Reduzierung der Pflegebedürftigkeit führen kann. Der geringe Stellenwert der Rehabilitation in der Versorgung von MS und Schizophrenie dürfte insbesondere auch auf fehlende ambulante Angebote zurückzuführen sein.

Auf potentielle Versorgungsdefizite deuten darüber hinaus die z. T. **ausgeprägten regionalen Unterschiede** der sektoralen und fachlichen Behandlungsstrukturen hin. Konkret ergaben die Auswertungen hierzu u. a. Folgendes:

- Etwa ein Fünftel der MS-Patienten hatte im Jahr 2010 mindestens einen Krankenhausaufenthalt – durchschnittlich 1,8 Krankenhausaufenthalte – wegen der MS-Erkrankung. Regional variieren die entsprechenden Anteilswerte z. T. deutlich. Dabei hat sich gezeigt: Je mehr Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren bzw. je höher ihr Anteil an den Be-

handlungsfällen war, desto niedriger war die MS-bedingte Krankenhaushäufigkeit.

- Teilweise deutlich unterscheidet sich regional auch, ob und von wem MS-Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen wurden. Während z. B. in Sachsen knapp die Hälfte der MS-bedingten Krankenhaufälle durch Ärzte der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie eingewiesen wurde, traf dies in Bayern nur auf rd. ein Viertel der Fälle zu. In den Stadtstaaten waren MS-bedingte Krankenhaufälle ohne ärztliche Einweisung überdurchschnittlich häufig. In diesem Zusammenhang ergab die Analyse auch Hinweise auf Dokumentationslücken: Bei rund 70 % der stationären Behandlungsfälle unter den Schizophrenie-Patienten wurde keine einweisende Fachgruppe vermerkt.
- Dort wo relativ mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater praktizierten, war auch der Anteil derjenigen MS- und Schizophrenie-Patienten höher, die innerhalb von vier Wochen nach einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt ambulant durch Vertragsärzte der hier betrachteten Fachgruppen weiter betreut wurden.
- Der Anteil der MS-, Demenz- und Schizophrenie-Patienten, die innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose ambulant durch Vertragsärzte der hier betrachteten Fachgruppen betreut wurden, schwankt regional z. T. deutlich. Bei MS war dieser Anteil vor allem in den ostdeutschen Bundesländern unterdurchschnittlich hoch und die durchschnittliche Dauer zwischen Erstdiagnose und dem nächsten Kontakt mit einem niedergelassenen Facharzt deutlich länger. Insgesamt zeigte sich ebenfalls: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in einem Bundesland, desto mehr MS-, Demenz- und Schizophrenie-Patienten mit Erstmanifestation wurden innerhalb der ersten sechs Wochen fachärztlich versorgt und (bei MS) desto kürzer war die durchschnittliche Anzahl der Tage bis zum ersten Facharztkontakt.
- Der Anteil der Demenz- und Schizophrenie-Patienten, die wegen ihrer Erkrankung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt wurden, schwankt regional sehr stark, obwohl auf Bundesebene – zumindest für PIA an Allgemeinkrankenhäusern – einheitliche und spezifische Kriterien vereinbart wurden, um die Patientengruppe abzugrenzen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten PIA-Behandlung bedürfen. Unter den Schizophrenie-Patienten variierte der Anteil im 1. Halbjahr 2012 zwischen 31 % in Hessen und 11 % im Saarland (Durchschnitt: 17,6 %), unter den Demenz-Patienten zwischen 11 % in Hessen und 1 % in Niedersachsen (Durchschnitt: 5,6 %).

Diese regionalen Unterschiede deuten darauf hin, dass sich die Versorgung von MS-, Demenz- und Schizophrenie-Patienten nicht immer primär an medizinischen Gesichtspunkten und therapeutischen Anforderungen orientiert, sondern häufig auch durch strukturelle Unterschiede der regionalen Angebotskapazitäten bestimmt wird. Insgesamt unterstreichen die Analyseergebnisse somit die Notwendigkeit einer stärker sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

## 1 Hintergrund

Die Sektoralisierung der Versorgung gilt als eine wesentliche Ursache für Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem. Insbesondere in der Behandlung von Patienten mit schweren Krankheiten kommt es zu Kontinuitätsbrüchen, weil an ihr unterschiedliche Leistungserbringer beteiligt sind, für die je nach Sektorzugehörigkeit teilweise sehr unterschiedliche Regelungen vor allem mit Blick auf Finanzierung und Vergütung gelten.

Auch an der ärztlichen Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen sind in Deutschland unterschiedliche Leistungssektoren und Kostenträger beteiligt. Die Patienten werden sowohl ambulant als auch teilstationär und stationär versorgt. Die Vergütungsformen variieren zwischen den verschiedenen Gruppen von Leistungserbringern trotz u. U. vergleichbarer Leistungen. In der teilstationären Versorgung werden Behandlungsleistungen der neurologischen und psychiatrischen Tageskliniken analog zur vollstationären Behandlung mit tagesgleichen Pflegesätzen vergütet, während die Vergütung von Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) mit den Kassenverbänden vertraglich vereinbart werden und hierfür unterschiedliche Formen gewählt werden können (z. B. Quartalspauschalen oder Einzelleistungsvergütung).

Diese heterogenen Rahmenbedingungen stehen im Widerspruch zu dem Ziel, Art und Ort der Patientenbehandlung primär unter gesamtwirtschaftlichen Effizienzgesichtspunkten auszuwählen. Diesem Ziel kann man sich auf zweierlei Weise nähern:

- Es werden sektorenübergreifende Regelungen darüber getroffen, wann welche Patienten (idealerweise) in welchem Sektor bzw. von welcher Einrichtungsart zu behandeln sind. Als Zuordnungskriterium werden hierfür üblicherweise Art und Schweregrad der Erkrankung herangezogen.
- Die Rahmenbedingungen hinsichtlich Finanzierung und Vergütung werden für sämtliche Leistungsanbieter nach denselben Kriterien gestaltet (etwa strikt indikationsbezogene Vergütungshöhe unabhängig vom Ort der Behandlung). Die Aufteilung der Patienten auf die unterschiedlichen Leistungsanbieter wird dann dem Leistungswettbewerb überlassen.

Für die PIA wurde der erste Weg beschritten: Im SGB V ist festgelegt, dass in einem dreiseitigen Vertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geregelt wird, welche Gruppen der psychisch Kranken in einer PIA an Allgemeinkrankenhäusern zu behandeln sind (vgl. § 118 Abs. 2 S. 2 SGB V). Den früheren Vertrag hatte die KBV infolge vielfacher Kritik an fehlender Eindeutigkeit der Abgrenzung zum 1.1.2009 gekündigt. Kassenärztliche Vereinigungen und der Beratende Fachausschuss der KBV für Psychotherapie kritisierten insbesondere, die PIAs dehnten ihren Versorgungsauftrag in unzulässiger Weise aus. Seit 1.7.2010 gilt eine Neuvereinbarung, mit der die Gruppe psychisch kranker Patienten, für die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung eine Behandlung in der PIA indiziert ist, näher spezifiziert wird.

Es gibt also Anlass zu der Vermutung, dass in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung die Patientenströme zwischen Sektoren und Einrichtungen teilweise weniger nach medizinischen, sondern mehr nach budgetären Gesichtspunkten gesteuert werden. So wird in der öffentlichen und fachlichen Diskussion die Kritik geäußert, niedergelassene Fachärzte sähen sich aufgrund der für sie gültigen faktischen Budgetierung von Arznei- und Heilmitteln dazu genötigt, zunehmend Patienten an die PIA "abzuschieben". Die Entscheidung darüber, ob überhaupt oder in welchem Krankheitsstadium und von wem ein psychisch Kranker fachärztlich behandelt wird, hänge gegenwärtig weniger vom Schweregrad der Erkrankung bzw. den individuellen Behandlungserfordernissen als vielmehr vom Zufall oder von örtlichen Gegebenheiten ab.

Nicht nur vor dem beschriebenen Hintergrund, sondern auch mit Blick auf die Weiterentwicklung der ärztlichen Bedarfsplanung, von der u. a. auch eine stärker sektorenübergreifende Perspektive erwartet wird, verbindet sich die Forderung der Berufsverbände der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater nach gleichartigen Rahmenbedingungen für die Leistungsanbieter in der Versorgung neurologisch oder psychisch Kranker, insbesondere an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

## 2 Ziel der Studie

Die vorliegende Forschungsarbeit hat zum Ziel, eine analytisch-empirische Grundlage zu schaffen, auf der die gegenwärtig sehr kontroverse gesundheitspolitische Diskussion über die unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer in der Versorgung neurologisch oder psychisch Kranker sowie über die sektorenübergreifende Bedarfsplanung stärker daten- und faktenbasiert geführt werden kann.

Die vorliegende Studie liefert eine empirische Analyse der Versorgung von Patienten und der Leistungsstrukturen in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive. Auf dieser Basis lassen sich Ausmaß und Art der Durchlässigkeit zwischen den Sektoren, wie sie derzeit realisiert werden, ermitteln und beurteilen sowie das Potenzial an Fehlallokationen in der Versorgung neurologisch oder psychisch Kranker näher bestimmen, welches letztlich Ansatzpunkte für eine sektorenübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung liefert.

Perspektivisches Ziel der Untersuchung ist die Schaffung einer empirischen Grundlage, auf der sich die Behandlungspfade für Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen sektoren- und einrichtungsübergreifend optimieren lassen. Diese Optimierungsaufgabe stellt sich mit wachsender Dringlichkeit, weil allgemein angenommen wird, dass einem alle Bereiche der ärztlichen Versorgung ähnlich stark treffender Fachkräftemangel ein demographiebedingt steigender Versorgungsbedarf gegenübersteht. Der zukünftige Versorgungsbedarf dürfte wiederum durch eine wachsende relative Bedeutung der neurologischen und psychischen Erkrankungen geprägt sein, wie sie sich schon seit Jahren in den Statistiken der Krankheitsursachen widerspiegelt.

Die empirische Analyse der Patientenversorgung aus sektorenübergreifender Perspektive bezieht sich auf eine Auswahl von bedeutenden neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen bzw. Patientengruppen. Die Auswahl besteht aus folgenden Krankheiten:

- Multiple Sklerose
- Schizophrenie
- Demenzerkrankungen

### 3 Struktur und methodische Ansätze der Analyse

Die Grundlage der empirischen Analyse bilden umfassende patientenbezogene Daten der BARMER GEK Krankenkasse über sämtliche Diagnosen und Leistungen der unterschiedlichen Sektoren der Gesundheitsversorgung, die im Rahmen der Leistungsabrechnungen routinemäßig dokumentiert wurden. Aus diesem umfangreichen Datenpool wurden zunächst die Daten für die Patienten mit den drei ausgewählten Krankheiten (Analysepopulation) extrahiert.

#### 3.1 Analysepopulation

Die Kriterien für die Patientenselektion aus dem zum Zwecke der Versorgungsforschung eingerichteten Datenpool der BARMER GEK basieren im Wesentlichen auf ICD-10-Kodes und ATC-Kodes sowie dem Versicherungszeitraum der Patienten (durchgängige Versicherung vom 01.01.2008 bis 31.12.2010). Die Selektionskriterien sind detailliert im Anhang beschrieben (vgl. Kapitel 7).

Die gemäß dieser Kriterien abgegrenzte Analysepopulation für die drei Krankheiten Demenz, Schizophrenie und Multiple Sklerose (MS) umfasste im Datenpool der BARMER GEK für den Auswertungszeitraum 01.01.2008 bis 31.12.2010 insgesamt 254.149 Patienten. Von den drei betrachteten Krankheitsbildern war in der Analysepopulation die Demenz die am häufigsten dokumentierte und die MS die am seltensten dokumentierte Diagnose (Tabelle 1).

Nicht für alle dieser Patienten sind die ausgewählten Krankheiten durchgehend im Zeitraum der drei betrachteten Jahre – gemäß den hier zugrunde gelegten Kriterien – dokumentiert. Dies betraf 114.737 Patienten im Jahr 2008, 94.430 Patienten im Jahr 2009 und 69.988 Patienten im Jahr 2010 (Tabelle 1).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Der im Analysezeitraum festgestellte Rückgang lässt sich insbesondere dadurch erklären, dass Patienten, die im Jahr 2008 noch ohne gesicherte krankheitsbezogene (Haupt-)Diagnose bzw. ohne krankheitsbezogene Verordnung waren, in den nachfolgenden Jahren 2009 oder 2010 erstmalig eine krankheitsbezogene Verordnung oder Diagnose erhielten.



Tabelle 1: Grundgesamtheiten nach Patientengruppe, 2008-2010

	2008	2009	2010
nur Demenz	86.934	104.233	126.868
nur Schizophrenie	33.202	33.780	34.339
nur MS	16.197	18.158	18.737
Demenz und Schizophrenie	2.448	2.861	3.458
Demenz und MS	509	543	606
Schizophrenie und MS	109	128	133
Demenz, Schizophrenie und MS	13	16	20
keine Diagnose bzw. Verordnung (im jeweiligen Jahr)	114.737	94.430	69.988
<b>Patienten insgesamt</b>	<b>254.149</b>	<b>254.149</b>	<b>254.149</b>

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

In keinem der betrachteten drei Jahre wurde für mehr als 2 % der Patienten mehr als eine der drei Krankheiten gleichzeitig dokumentiert (1,2 % im Jahr 2008; 1,4 % im Jahr 2009, 1,7 % im Jahr 2010). Aufgrund der geringen Anteile dieser Patienten mit mehr als einem Krankheitsbild wird im Folgenden davon abgesehen, diese als eigene Analysegruppe(n) separat zu betrachten. Statt dessen wurden für die Einteilung der Analysepopulation nach Krankheitsbildern die Patienten, für die mehr als eine der drei Krankheiten dokumentiert wurde, entsprechend mehrfach zugeordnet. Beispielsweise wurde ein Patient mit Demenz und Schizophrenie sowohl als ein Patient für das Krankheitsbild Demenz gezählt als auch als ein Patient für das Krankheitsbild Schizophrenie. Für das Jahr 2008 ergaben sich nach dieser Berechnung 89.904 Demenz-Patienten, 35.772 Schizophrenie-Patienten und 16.828 MS-Patienten.

### 3.2 Auswertungskonzept

Für jede der drei ausgewählten Krankheiten wurden die Gruppen der Patienten anhand folgender Merkmale charakterisiert:

- Anzahl und Versichertenanteil,
- Alters- und Geschlechtsstruktur,
- regionale Verteilung (Wohnort nach Bundesländern),
- Diagnosestruktur (auf Ebene von Diagnose-Untergruppen).

Außerdem wurde ausgewertet, für welchen Anteil der Patienten je Krankheit

- eine Arbeitsunfähigkeit (mit entsprechender Diagnose),
- der Bezug einer Erwerbsminderungsrente

für den beobachteten Zeitraum dokumentiert ist.

Zentraler Gegenstand der Datenauswertung war die Versorgungssituation der ausgewählten Patientengruppen innerhalb des betrachteten Dreijahreszeitraums.<sup>2</sup> Entscheidend hierbei war die umfassende Betrachtung der Versorgung unter Einbeziehung aller relevanten Leistungssektoren. Ausgewertet wurde zunächst, in welchem Ausmaß die Leistungssektoren jeweils an der Patientenversorgung beteiligt waren. Hierzu wurden für die drei Krankheiten die jeweiligen Anteile der Patienten ermittelt, die in den betrachteten Jahren

- vertragsärztliche Leistungen erhielten,
- krankheitsspezifische Arzneimittel verordnet bekamen,
- stationäre Krankenhausaufenthalte hatten,
- ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation und
- Pflegeleistungen erhielten.

Die ambulante Behandlung der Patienten an Krankenhäusern (z. B. in Krankenhausambulanzen) konnte aufgrund fehlender Datengrundlagen nicht analysiert werden.

Vertiefende Analysen für die verschiedenen Versorgungsbereiche betrafen folgende Aspekte:

- Differenzierung der Leistungshäufigkeiten nach Diagnose-Subgruppen,
- Ermittlung der Leistungen – in Abgrenzung der Gebührenordnung bzw. des DRG-Vergütungssystems –, die besonders häufig erbracht wurden bzw. der Wirkstoffe, die besonders häufig verordnet wurden,
- Differenzierung der Leistungshäufigkeiten nach medizinischem Fachgebiet (Fachgruppe bei Vertragsärzten, Fachabteilung im Krankenhaus),
- Dauer der Leistungsanspruchnahme (für Krankenhausaufenthalte, Langzeitpflege).

---

<sup>2</sup> Da alle drei Krankheitsbilder bei Kindern untypische Erkrankungen sind und da sich die pädiatrische Versorgung für Kinder unter zehn Jahre von der Versorgung Erwachsener mit einem der drei Krankheitsbilder stark unterscheiden kann, wurden die Auswertungen nur für die Patientenpopulation im Alter von zehn Jahren und älter durchgeführt.

Um die Relevanz von intersektoralen Schnittstellenproblemen einzuschätzen, wurde in einer zusammenführenden Betrachtung dann für jede der drei Krankheiten ausgewertet, wie viele Patienten während des Dreijahreszeitraums Leistungen nur aus einem Versorgungsbereich oder aus mehreren Versorgungsbereichen erhalten haben.

Der inhaltliche Schwerpunkt der Analyse lag auf der Frage, in welcher Art und in welchem Ausmaß intersektorale Verknüpfungen in der Patientenversorgung bestehen, aus denen sich potentielle Schnittstellenprobleme ergeben. Dieser Frage wurde durch eine Reihe von Auswertungen nachgegangen, mit denen jeweils spezifische Schnittstellen unterschiedlicher Art zwischen Sektoren, Versorgungsbereichen und medizinischen Fachgebieten beleuchtet werden:

- Innerhalb der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wurde ermittelt, wie sich die Patientenversorgung auf die fachlichen Sub-Sektoren verteilt, konkret: zu welchen Anteilen Neurologen, Nervenärzte und Psychiater einerseits und Hausärzte andererseits an der Patientenversorgung beteiligt sind.
- In Form einweisender bzw. verordnender Ärzte determiniert der vertragsärztliche Sektor maßgeblich das Versorgungsgeschehen in den angrenzenden Sektoren der Arzneimittel- und Krankenhausversorgung. Ermittelt wurde daher, welche Anteile der Krankenhausaufenthalte und des Arzneimittelverbrauchs der betrachteten Patientengruppen durch Einweisungen bzw. Verordnungen welcher vertragsärztlichen Fachgruppen ausgelöst wurde.
- Intersektorale Zusammenhänge der Patientenversorgung können sich auch zwischen den Leistungshäufigkeiten eines Sektors und den Behandlungskapazitäten eines anderen Sektors ergeben. Konkret untersucht wurde der Zusammenhang zwischen Krankenhaushäufigkeiten und (Fach-) Arztdichte auf Basis interregionaler Vergleiche (vgl. hierzu das folgende Kapitel 3.3).
- Für eine Betrachtung der Schnittstelle zum stationären Sektor wurde untersucht, welche Anteile der Patienten im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durch welchen Versorgungsbereich bzw. durch welche ärztlichen Fachgruppen weiterbehandelt wurden.
- Ermittelt wurden die Anteile der Patienten, die nach Beendigung einer stationären Versorgung erneut einen Krankenhausaufenthalt hatten. Dabei wurde unterschieden, ob zwischen den Krankenhausaufenthalten eine ambulante (fachärztliche) Behandlung durch Vertragsärzte stattgefunden hat oder nicht.
- Im Hinblick auf die Schnittstelle zwischen dem stationären Sektor und dem Bereich der Rehabilitation wurde ausgewertet, wie häufig

Patienten im Anschluss an eine Rehabilitation einen Krankenhausaufenthalt hatten.

- Untersucht wurde, wie häufig Patienten innerhalb eines definierten Zeitraums nach der Erstmanifestation ihrer Krankheit Kontakt zu einem niedergelassenen Facharzt hatten – unabhängig davon, wo bzw. durch wen die Erstdiagnose gestellt wurde.
- Schließlich wurde ausgewertet, wie häufig Leistungserbringer aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen in bestimmten Konstellationen an der Behandlung der Patienten beteiligt sind.

Ein besonderer Fokus liegt bei diesen Auswertungen auf den Stellenwert der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch Vertragsärzte in der Behandlung von Patienten mit MS, Demenz und Schizophrenie. Ziel der Auswertungen war es, die Bedeutung der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch Vertragsärzte für die Behandlung dieser Krankheiten zu erfassen und empirische Grundlagen zu schaffen, um die Angemessenheit der Versorgungsstrukturen zu bewerten. Zu diesem Zweck wurde, wie oben skizziert, untersucht, in welchem Verhältnis der Behandlungsbeitrag der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch Vertragsärzte zu den Behandlungsanteilen anderer Versorgungsbereiche bzw. Sektoren an unterschiedlichen Stellen im Versorgungsprozess steht.

### **3.3 Sonderauswertung für die Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen**

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V wurden erstmals im 2. Quartal 2012 für das 1. Quartal 2012 auf Basis des systematischen und elektronischen Datenaustauschs im Regelverfahren gemäß § 295 Abs. 1b SGB V erfasst.

Zwar liegen der BARMER GEK auch für den Analysezeitraum 2008 bis 2010 Abrechnungsdaten der PIA vor, wie sich im Analyseverlauf allerdings herausstellte, wurden diese nur z. T. elektronisch erfasst oder sind mit anderen Datenbeständen nicht kompatibel. Infolgedessen ließen die Auswertungen für den Zeitraum 2008 bis 2010 auf substantielle Datenlücken schließen, die sich insbesondere im regionalen Vergleich offenbarten. Aus diesem Grund kann der Versorgungsbeitrag der PIA lediglich auf Basis der nach dem neuen Datenaustauschverfahren erfassten Daten untersucht werden, weil nur so von einer ausreichenden Datenvollständigkeit ausgegangen werden kann.

Die Analyse der Versorgung von Patienten für die drei ausgewählten Krankheiten wurde daher zusätzlich für einen weiteren Analysezeitraum, nämlich das 1. Halbjahr 2012, durchgeführt, um eine sektorenübergreifende

Betrachtung unter Einschluss der PIA zu ermöglichen. Doch gibt es auch für das 1. Halbjahr 2012 noch Datenlücken, da die PIA-Daten in der Region Westfalen-Lippe für den gewählten Zeitraum nur unvollständig erfasst sind. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurde nach Rücksprache mit der BARMER GEK diese Region von den Analysen der Daten des 1. Halbjahres 2012 ausgeschlossen. Die Analysepopulation in den anderen 16 KV-Regionen wurde nach den gleichen Kriterien wie schon für die Jahre 2008 bis 2010 abgegrenzt.

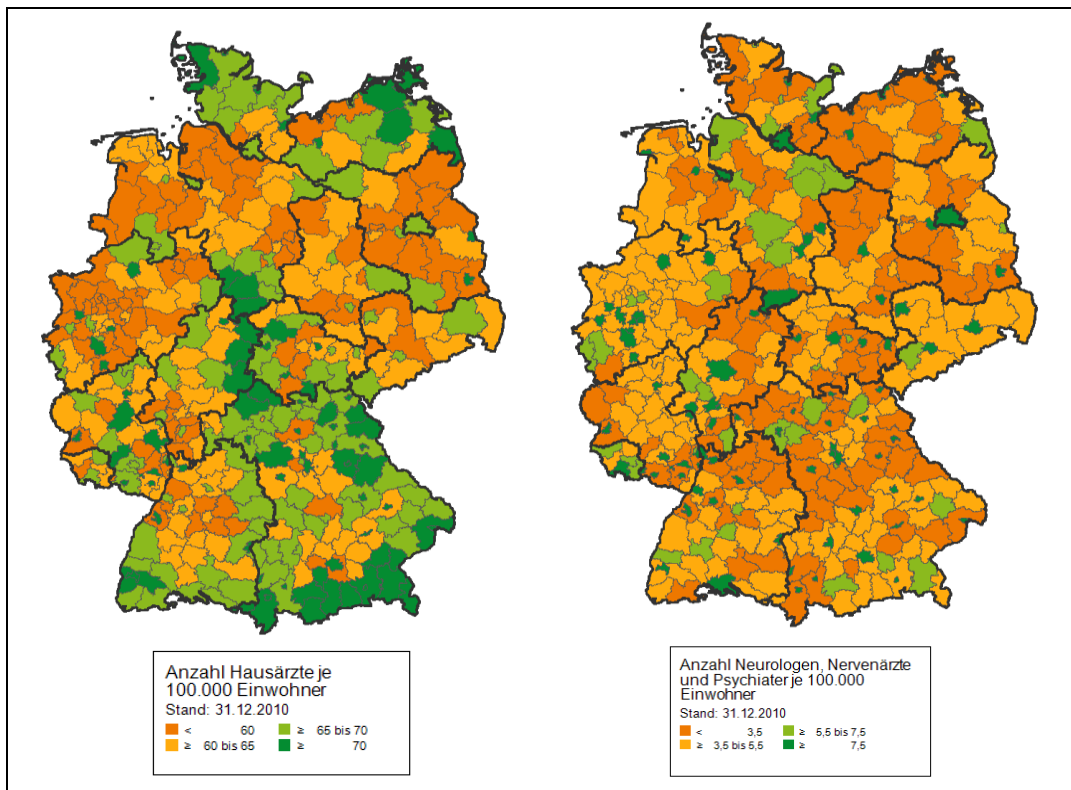
Für den zusätzlichen Analysezeitraum des Jahres 2012 ergeben sich neue Grundgesamtheiten für die drei ausgewählten Indikationen, auf die sich der jeweilige Versorgungsanteil der PIA bezieht. Die regionale Verteilung der Patienten mit Multipler Sklerose (MS), Demenz und Schizophrenie im 1. Halbjahr 2012 unterscheidet sich nicht von der regionalen Verteilung der Patienten in den Jahren 2008 bis 2010.

### **3.4 Interregionale Vergleiche**

Interregionale Vergleiche sind ein wesentlicher methodischer und zunehmend verbreiteter Ansatz, um Unterschiede in der Patientenversorgung zu ermitteln und mögliche Versorgungsmängel zu identifizieren. Für die vorliegende Analyse wurde dieser Ansatz verwendet, um zu zeigen, in welchem Ausmaß die sektorale und fachliche Struktur der Patientenversorgung bei den drei ausgewählten Krankheiten regional variiert. So wurde u. a. ermittelt, wie stark jeweils die Anteile der Patienten, die hausärztlich, fachärztlich oder stationär behandelt wurden, regional voneinander abweichen. In einem weiteren Schritt wurde dann geprüft, inwiefern Zusammenhänge zwischen den festgestellten Unterschieden der sektoralen und fachlichen Struktur der Patientenversorgung in den Regionen einerseits und den regionalen sektoralen Angebotskapazitäten (Arztdichte, Bettendichte) andererseits bestehen.

Damit diese potentiellen Zusammenhänge auf Basis einer ausreichenden Anzahl von Datenpunkten geprüft werden können, wurde als Analyseebene bevorzugt die regionale Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise gewählt. Für die Analyse der regionalen Unterschiede der sektoralen und fachlichen Struktur der Patientenversorgung wurde dementsprechend die Anzahl der Hausärzte bzw. Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner nach Kreisen und kreisfreien Städten herangezogen (Abbildung 1). Die Ebene der Bundesländer eignet sich auch deshalb nur bedingt, weil sie im Hinblick auf unterschiedliche Regionstypen (städtisch, ländlich) sehr heterogen sind. In einigen Fällen war aufgrund der eingeschränkten regionalen Differenzierbarkeit der Daten jedoch nur eine Auswertung auf Bundeslandebene möglich.

Abbildung 1: Anzahl der Hausärzte bzw. Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von Bundesarztregister der KBV, Bevölkerungsstatistik Statistisches Bundesamt 31.12.2010

Um beim regionalen Vergleich der Versorgungsstrukturen den Teil der Unterschiede herauszurechnen, der ausschließlich auf unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen der Patienten zurückzuführen sind, wurde bei allen Regionalvergleichen eine direkte Alters- und Geschlechtsstandardisierung vorgenommen. Dabei wurde für jeden Stadt- bzw. Landkreis die gleiche Standardpopulation zu Grunde gelegt.

Bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen Versorgungsangebot und Patientenversorgung wurde die Wohnortperspektive gewählt, also die örtlich vorgehaltenen Behandlungskapazitäten der Leistungsanspruchnahme der Patienten nach Wohnort, aber unabhängig vom Behandlungsort gegenübergestellt. Die ermittelten Zusammenhänge berücksichtigen somit keine Mitversorgereffekte in Form der Leistungsanspruchnahme in anderen Regionen als dem Wohnort. Das bedeutet, dass u. U. die Stärke der gefunde-

nen Zusammenhänge, insbesondere zwischen Behandlungskapazitäten und Leistungshäufigkeiten, unterschätzt wird.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Ansätze für die Berücksichtigung solcher interregionalen Versorgungsbeziehungen finden sich z. B. im Versorgungsreport der KV Nordrhein (2013).

## 4 Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose

### 4.1 Ergebnisse im Überblick

#### *Anteil der MS-Patienten deutlich gestiegen*

Im Jahr 2010 gab es unter den Versicherten der BARMER GEK knapp 19.500 MS-Patienten, dies entsprach einem Anteil von 0,23 %. Frauen waren rd. 2,5-fach so häufig an MS erkrankt wie Männer. Die MS-Prävalenz war unter den BARMER GEK-Versicherten im Vergleich zu aktuellen Schätzungen für die Gesamtbevölkerung Deutschlands (0,15 % bis 0,17 %) überdurchschnittlich hoch, selbst wenn man den höheren Frauenanteil in der BARMER GEK berücksichtigt (geschlechtsstandardisierte Häufigkeit: 0,21 %). Die Zahl der MS-Patienten ist im Zeitraum 2008 bis 2010 um rund 16 % und damit deutlich stärker gestiegen als die Anzahl der Versicherten der BARMER GEK insgesamt (+0,75 %). Im Durchschnitt waren die MS-Patienten etwa 49 Jahre alt. Unter den verschiedenen Formen der diagnostizierten MS war die MS mit vorherrschend schubförmigen Verlauf am häufigsten (rd. ein Drittel der Patienten).

Die Auswertung der Diagnosen ergab folgende Auffälligkeiten: Zwischen 7 % und 12 % der MS-Patienten wurde in den Jahren 2008 bis 2010 ein MS-spezifisches Medikament verordnet, ohne dass für sie in den entsprechenden Jahren eine MS-Diagnose durch einen Neurologen oder Nervenarzt dokumentiert war. In einigen Fällen wurden an einem Tag zwei oder mehr Diagnosekodes aus verschiedenen Diagnose-Untergruppen dokumentiert. Neben möglichen Mängeln der Diagnosedokumentation kann es hierfür aber auch medizinische Gründe geben.

#### *MS führt sehr häufig zur Erwerbsminderung*

Etwa die Hälfte der MS-Patienten im erwerbsfähigen Alter bezog eine Erwerbsminderungsrente. Zum Vergleich: In der Gesamtbevölkerung lag der entsprechende Anteil bei lediglich 2,9 %. Fast 14 % der MS-Patienten waren im Jahr 2010 durchschnittlich 1,7-mal arbeitsunfähig. Ihre Arbeitsunfähigkeit dauerte im Mittel rund 29 Tage.

#### *Schwerpunkt der Versorgung durch niedergelassene Fachärzte*

Fast alle MS-Patienten wurden ambulant vertragsärztlich versorgt. Dabei dominiert erwartungsgemäß der fachärztliche Anteil, allerdings zeigen sich hierbei regionale Unterschiede. Im Bundesdurchschnitt wurden 88,4 % (2010) durch die hier betrachteten Fachgruppen (Neurologie, Nervenheil-



kunde, Psychiatrie) wegen ihrer MS-Erkrankung betreut. Etwa 83 % der Patienten wurden ausschließlich durch Ärzte dieser Fachgruppen behandelt, wobei dieser Anteil in den Stadtstaaten deutlich höher lag (bei über 90 %), in Flächen-Bundesländern wie Thüringen, Rheinland-Pfalz und Bayern hingegen nur bei etwa drei Viertel. Auf Ebene der Städte und Landkreise variieren die Anteile der ausschließlich durch Ärzte der o. g. Fachgebiete versorgten MS-Patienten stärker; das Spektrum reicht von 20 % bis 100 %. Dabei zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit der Facharztdichte: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in den Stadt- bzw. Landkreisen praktizierten, desto höher auch der regionale Anteil der MS-Patienten, die ambulant ausschließlich durch Vertragsärzte der hier betrachteten Fachgruppen versorgt wurden.

Im gesamten Zeitraum 2008 bis 2010 erhielt knapp ein Viertel der MS-Patienten kein MS-spezifisches Arzneimittel verordnet. Allein im Jahr 2010 lag der Anteil ohne Verordnung bei fast einem Drittel (31,6 %).

*Jeder fünfte MS-Patient mit stationärer Behandlung, aber regionale Unterschiede*

Etwa ein Fünftel der MS-Patienten (21 %) hatte im Jahr 2010 mindestens einen Krankenhausaufenthalt – durchschnittlich 1,8 Krankenhausaufenthalte – wegen ihrer MS-Erkrankung. Zwischen den Bundesländern variieren die entsprechenden Anteilswerte z. T. deutlich. Dabei waren in einigen ostdeutschen Bundesländern die Anteilswerte relativ hoch (Mecklenburg-Vorpommern 36,6 %, Thüringen 30,5 %, Brandenburg 27,1 %), in den norddeutschen Bundesländern um die Hälfte geringer (Hamburg 13,1 %, Schleswig-Holstein 16,2 %, Niedersachsen 16,6%). Eine Auswertung auf der kleinräumigen Ebene der Städte und Landkreise zeigt: Je mehr Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, desto niedriger ist der Anteil der Patienten mit einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt. Dieser Zusammenhang wird noch deutlicher, wenn man anstatt der Facharztdichte die durchschnittliche Anzahl vertragsärztlicher Behandlungsfälle je MS-Patient bei den betrachteten Fachgruppen heranzieht: Je höher die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle bei Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern je Patient, desto niedriger ist die MS-bedingte Krankenhaushäufigkeit.

Der überwiegende Anteil der wegen ihrer MS stationär aufgenommenen Patienten wurde im Jahr 2010 in einer Fachabteilung für Neurologie behandelt (92,6 % der Krankenhaüsfälle). Gut ein Drittel (35 %) dieser Krankenhaüsfälle wurde von einem Hausarzt in ein Krankenhaus eingewiesen, rund 27 % von einem Facharzt für Nervenheilkunde und rund 10 % von einem Facharzt für Neurologie. In rund einem Fünftel aller Krankenhaüsfälle wurde keine einweisende Fachgruppe vermerkt, entweder weil diese Angabe unbekannt war oder weil der Patient ohne Einweisung (z. B. über die Ret-

tungsstellen oder Notfallstationen der Krankenhäuser) stationär aufgenommen wurde. Zwischen den Bundesländern unterscheiden sich die Anteile der MS-bedingten Krankenhausfälle, die durch Fachärzte in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, z. T. deutlich. Das Spektrum reicht von Sachsen, wo knapp die Hälfte der MS-bedingten Krankenhausfälle durch Ärzte der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie eingewiesen wurden, bis hin zu Bayern, wo dies nur auf rd. ein Viertel der Fälle zutraf. Spiegelbildlich sind in diesen Bundesländern die Anteile der MS-bedingten Krankenhausfälle mit Einweisung durch Hausärzte: rd. ein Viertel in Sachsen und etwa die Hälfte in Bayern. Insgesamt war in sechs Bundesländern, auf die knapp ein Drittel aller MS-bedingten Krankenhausfälle entfiel, der Anteil der Hausärzte an den Einweisungen höher als der Anteil der Ärzte der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie. Relativ häufig waren MS-bedingte Krankenhausfälle ohne ärztliche Einweisung in den Stadtstaaten mit Anteilen von rd. einem Drittel oder mehr.

Eine stationäre oder ambulante Anschlussrehabilitation spielt in der Versorgung von MS-Patienten quantitativ keine spürbare Rolle: Weniger als 1 % der MS-Patienten erhielten im Jahr 2010 eine stationäre, fast kein MS-Patient eine ambulante Anschlussrehabilitation.

Eine Behandlung von MS-Patienten in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Der Anteil der Patienten, die wegen ihrer MS in einer PIA behandelt wurden, lag im 1. Halbjahr 2012 bei nur 0,6 %,

#### *Jeder fünfte MS-Patient pflegebedürftig*

Ein Fünftel der MS-Patienten (rd. 20 %) war im Jahr 2010 pflegebedürftig und erhielt Pflegeleistungen nach SGB XI. Zum Vergleich: Der Anteil der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung insgesamt lag bei rd. 3,3 %. Die Schwerstpflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 wurde bei 4 % der MS-Patienten festgestellt (zum Vergleich: 0,4 % aller Versicherten in der Sozialen Pflegeversicherung). Die am häufigsten genutzte Pflegeleistung von pflegebedürftigen MS-Patienten war im Jahr 2010 das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (52,4 %) gefolgt von Pflegesachleistungen durch professionelle Pflegekräfte (23,3 %). Eine vollstationäre Pflege wurde im Jahr 2010 indes nur von 10,5 % der MS-Patienten in Anspruch genommen.

#### *Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen*

Unterscheidet man die vier Sektoren ambulant, stationär, Pflege und Rehabilitation sowie innerhalb des ambulanten Sektors die Versorgungsbereiche Hausarzt, Facharzt und Arzneimittel, so zeigt sich: Im Zeitraum 2008 bis 2010 umfasste die Behandlung von rd. 86 % der MS-Patienten Leistungen aus mindestens drei verschiedenen Versorgungsbereichen, bei mehr als ei-

nem Drittel der MS-Patienten (rd. 36 %) mindestens vier Versorgungsbe-  
reiche. Rund 40 % der MS-Patienten wurden im gesamten Dreijahreszeit-  
raum ausschließlich innerhalb des ambulanten vertragsärztlichen Sektors  
behandelt. Bei weiteren 18 % der MS-Patienten kam mind. ein MS-  
bedingter Krankenhausaufenthalt hinzu. Bei 11 % der MS-Patienten behan-  
delten ausschließlich Haus- und/oder Fachärzte ihre Erkrankung, ohne dass  
in dem Dreijahreszeitraum MS-spezifische Arzneimittel verordnet wurden.  
Die Vertragsärzte der hier betrachteten Fachgruppen waren an der Behand-  
lung fast aller MS-Patienten (96,4 %) zumindest einmal in dem betrachteten  
Zeitraum beteiligt. Bei 2,7 % der MS-Patienten (n = 398) wurde die ambu-  
lante vertragsärztliche und medikamentöse Behandlung in den drei Jahren  
ohne Beteiligung von Fachärzten der relevanten Fachgruppen durchgeführt.

#### *Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt*

Fast die Hälfte (47,1 %) aller MS-Patienten mit mindestens einem MS-  
bedingten Krankenhausaufenthalt wurde im Jahr 2010 in den vier Wochen  
nach der Krankenhausentlassung nicht von einem niedergelassenen Neuro-  
logen, Nervenarzt oder Psychiater weiter betreut, 15,1 % der MS-Patienten  
hatten in diesem Zeitraum gar keine ambulante vertragsärztliche, d. h. auch  
keine hausärztliche, Betreuung. Zwischen den Bundesländern unterscheiden  
sich die Anteile der Patienten, die nach einem MS-bedingten Krankenhausauf-  
enthalt keine ambulante vertragsärztliche Betreuung der hier betrachte-  
ten Fachgruppen erhielten, z. T. deutlich. In Hessen (58,2 %), Bayern  
(56,1 %), Thüringen (54,1 %), Baden-Württemberg (52,9 %) und Branden-  
burg (51,7 %) wurde jeweils bei mehr als die Hälfte aller aus dem Kran-  
kenhaus entlassenen MS-Patienten im Zeitraum von vier Wochen nach Ent-  
lassung kein Kontakt mit einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater  
dokumentiert. In Hamburg waren es hingegen nur 31 % im Jahr 2010. Da-  
bei gilt: Dort wo mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000  
Einwohner praktizieren, ist der Anteil ohne Facharztbehandlung im An-  
schluss an einen stationären Aufenthalt niedriger. So kamen 73 % MS-  
Patienten ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach ihrer  
Krankenhausaufenthalt aus Kreisen und kreisfreien Städten mit einer un-  
terdurchschnittlichen Anzahl an Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern  
je 100.000 Einwohner.

Etwa 5,4 % der MS-Patienten wurden bereits innerhalb von 30 Tagen nach  
ihrem Krankenhausaufenthalt wegen ihrer MS-Erkrankung erneut stationär  
aufgenommen. Nach zwei Monaten waren es rd. 10 %, nach drei Monaten  
rd. 17 % der MS-Patienten, die erneut stationär im Krankenhaus behandelt  
wurden. Dabei machte es für die Häufigkeit einer stationären Wiederauf-  
nahme kaum einen Unterschied, ob die betreffenden MS-Patienten in der  
Zwischenzeit ambulant durch Vertragsärzte betreut wurden.

### *Behandlung nach Erstmanifestation*

Die meisten der Patienten, bei denen im Zeitraum 2009 bis 2010 erstmals eine MS-Diagnose dokumentiert wurde, erhielten ihre Erstdiagnose im ambulanten vertragsärztlichen Bereich (68 %), bei rund einem Viertel wurde die MS erstmals im Krankenhaus (als Haupt- oder Nebendiagnose) dokumentiert (24 %). Weitere 8 % der Erstmanifestationen im Betrachtungszeitraum wurden im Rahmen der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit dokumentiert. Wurde die MS-Diagnose erstmals im ambulanten vertragsärztlichen Sektor dokumentiert, so geschah dies in 89 % der Fälle bei einem Neurologen oder Nervenarzt und in nur 6 % der Fälle beim Hausarzt (5 % bei anderen ärztlichen Fachgruppen).

Innerhalb der sechs Wochen unmittelbar nach der Erstdiagnose wurde rund die Hälfte (54 %) aller MS-Patienten mit Erstmanifestation durch einen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater behandelt. Dabei war dieser Anteilswert in den ostdeutschen Bundesländern deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt (z. B. 37 % in Brandenburg, 42 % in Thüringen). Auch war die durchschnittliche Dauer zwischen dem Datum der Erstdiagnose und einem weiteren Kontakt mit einem niedergelassenen Facharzt in den ostdeutschen Bundesländern (mit Ausnahme von Sachsen) deutlich länger (durchschnittlich 20 Tage in Mecklenburg-Vorpommern und 17,2 Tage in Brandenburg) als im Bundesdurchschnitt (14,4 Tage). Dabei zeigt sich: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in einem Bundesland, desto höher war der Anteil der MS-Patienten mit Facharztkontakt innerhalb von sechs Wochen nach der Erstdiagnose und desto kürzer war die durchschnittliche Anzahl der Tage bis zum ersten Facharztkontakt.

Rund 16 % der Patienten wurden in den ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose weder von einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, noch von einem Hausarzt oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts (im Krankenhaus / in einer Rehabilitationseinrichtung) ärztlich betreut. Besonders hoch war der Anteil der MS-Patienten ohne ärztliche Betreuung innerhalb der ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose in Mecklenburg-Vorpommern (26,7 %), besonders niedrig in Rheinland-Pfalz (12,1 %).

### *Zusammenwirken Krankenhauses, Hausarzt und Facharzt*

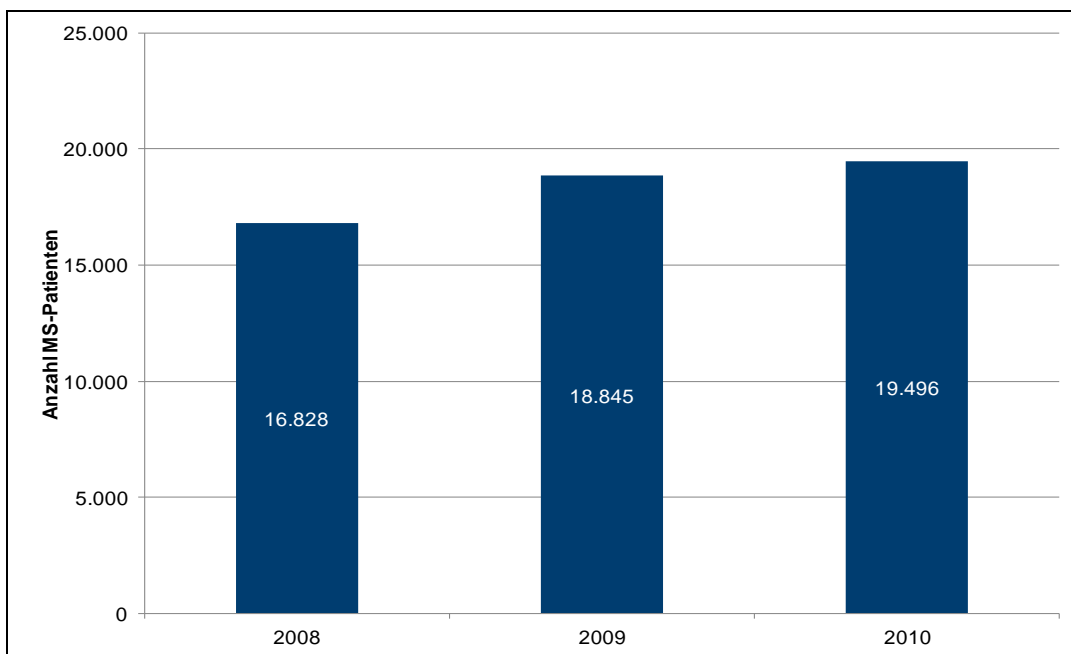
Rund ein Viertel der MS-Patienten mit MS-bedingten Krankenhausaufenthalten wurde im gleichen Quartal ambulant ausschließlich durch Hausärzte betreut. Das bedeutet, dass in diesen Fällen die fachärztlichen Behandlungsanteile vollständig durch Krankenhäuser erbracht wurden.

## 4.2 Beschreibung der Patientengruppe

### 4.2.1 Anzahl und Versichertenanteil, Alter und Geschlecht, regionale Verteilung, Diagnose-Untergruppen

Im Jahr 2010 gab es unter den Versicherten der BARMER GEK knapp 19.500 MS-Patienten, dies entsprach einem Anteil von 0,23 %. Im Vergleich zum Jahr 2008 lag die Anzahl der Patienten mit MS um rund 16 % höher (Abbildung 2). Damit ist die Zahl der MS-Patienten im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich stärker gestiegen als die Anzahl der Versicherten der BARMER GEK insgesamt (+0,75 % auf rd. 8,55 Mio.), so dass sich der Anteil der MS-Patienten an den Versicherten von 0,20 % (2008) auf 0,23 % (2010) erhöhte.

Abbildung 2: Anzahl der MS-Patienten (Grundgesamtheiten), 2008-2010



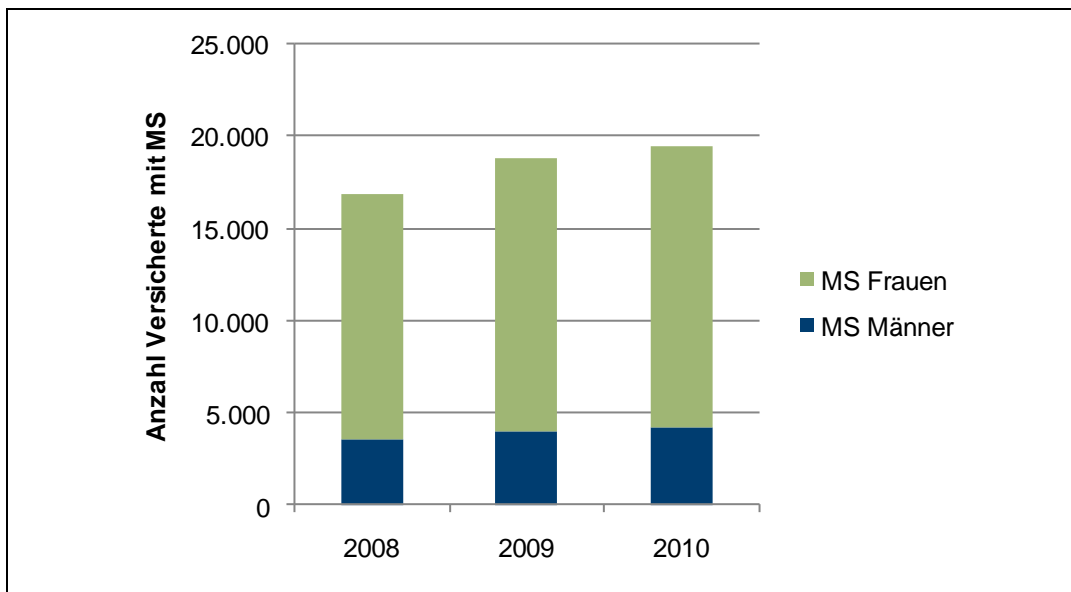
Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

MS trat vor allem bei weiblichen Patienten auf. Nur rund ein Fünftel der MS-Patienten im Analysezeitraum war männlich (Abbildung 3). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Frauenanteil unter den Versicherten der BARMER GEK überproportional hoch ist. Im Jahr 2010 waren 58,8 % der Versicherten weiblich und 41,2 % männlich. Bezieht man die Anzahl der Patienten im Jahr 2010 auf die Anzahl der BARMER GEK-Versicherten differenziert nach Geschlecht, ergibt sich für Frauen eine Prävalenz von 0,30 % und für Männer von 0,12 %. Entspräche das Geschlechterverhältnis unter den BARMER GEK-Versicherten dem der Gesamtbevölkerung in

Deutschland (2010: 50,9 % Frauen, 49,1 % Männer), so wäre – bei identischen geschlechtsspezifischen Prävalenzen – die Gesamtprävalenz der BARMER GEK-Versicherten geringer gewesen (0,21 %).

Doch auch unter Berücksichtigung des höheren Frauenanteils war der Anteil der MS-Patienten unter den BARMER GEK-Versicherten überdurchschnittlich hoch. Für Deutschland insgesamt wird die Prävalenz auf 0,15 % bis 0,17 % geschätzt.<sup>4</sup> Die knapp 2,6-fach höhere Krankheitshäufigkeit der weiblichen BARMER GEK-Versicherten entspricht etwa dem oberen Rand der aktuellen Schätzungen, die – je nach Quelle – vom 2,0- bis 2,5-fachen ausgehen. Gemäß der epidemiologischen Literatur erscheint auch ein Anstieg der Prävalenz plausibel. Als Gründe werden eine steigende Lebenserwartung sowie eine verbesserte Diagnostik angenommen. Höer et al. schätzten einen vergleichbar starken Anstieg der MS-Prävalenz in Deutschland von 0,12 % (2005) auf 0,17 % (2009).<sup>5</sup>

Abbildung 3: Patienten mit MS nach Geschlecht, 2008-2010



Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

<sup>4</sup> Vgl. Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e.V. (<http://www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/index.php?w3pid=ms&print=1>) sowie Faiss JH, Wiethölter H (2011): Multiple Sklerose, in: Berlit P (Hg): Klinische Neurologie, Berlin/Heidelberg, S. 1219-1258.

<sup>5</sup> Vgl. Höer A et al. (2012): Multiple Sclerosis in Germany: Outpatient Healthcare Patterns. Poster presented at ISPOR, 15th Annual European Congress, Berlin.

Die MS-Patienten waren im Jahr 2010 im Durchschnitt 48,9 Jahre alt (2008: 47,6 Jahre). Der Anteil der Patienten zwischen 31 und 70 Jahren lag in allen drei Jahren bei jeweils rund 88 %. Aufgrund der geringen Anzahl an MS-Patienten im Alter von 0 bis 10 Jahren wurde bei den nachfolgenden Analysen die Gruppe der Patienten unter zehn Jahren ausgeschlossen.

Die relative Häufigkeit von MS-Patienten unterscheidet sich regional zwischen den Bundesländern teilweise deutlich voneinander. So variiert der Anteil der MS-Patienten an den Versicherten zwischen minimal 0,17 % in Mecklenburg-Vorpommern und maximal 0,27 % in Schleswig-Holstein (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteil der MS-Patienten an allen BARMER GEK-Versicherten nach Bundesländern, 2010

Bundesland	Anzahl der MS-Patienten	Anteil an Versicherten in %
Baden-Württemberg	1.721	0,22%
Bayern	2.247	0,21%
Berlin	1.010	0,25%
Brandenburg	726	0,18%
Bremen	74	0,20%
Hamburg	403	0,23%
Hessen	1.491	0,21%
Mecklenburg-Vorpommern	389	0,17%
Niedersachsen	1.786	0,24%
Nordrhein-Westfalen	5.282	0,25%
Rheinland-Pfalz	986	0,23%
Saarland	279	0,23%
Sachsen	809	0,20%
Sachsen-Anhalt	611	0,20%
Schleswig-Holstein	995	0,27%
Thüringen	562	0,23%
Ausland	26	
ohne Angaben	99	
<b>Insgesamt</b>	<b>19.496</b>	<b>0,23%</b>

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Die MS-Patienten lassen sich hinsichtlich ihrer dokumentierten Diagnose auf Basis des ICD-10-Kodes weitergehend differenzieren. Unter den Diagnose-Subgruppen kam die Kategorie "MS mit vorherrschend schubförmig-

gen Verlauf" dabei mit einem Anteil von rd. einem Drittel am häufigsten vor (Tabelle 3). Die zweitgrößte Untergruppe bildeten die Patienten mit einer nicht näher bezeichneten MS. Eine MS mit primär chronischem Verlauf wurde von den Diagnose-Untergruppen im betrachteten Zeitraum am seltensten dokumentiert.

Tabelle 3: Differenzierung der MS-Patienten nach Diagnose-Untergruppen, 2008-2010

	2008	2009	2010
Erstmanifestation	1.304	1.647	1.632
MS mit vorherrschend schubförmigen Verlauf	5.400	6.588	7.195
MS mit primär-chronischem Verlauf	934	1.053	1.085
MS mit sekundär-chronischem Verlauf	2.641	2.532	2.684
MS, nicht näher bezeichnet	4.679	6.101	5.972
MS ohne Diagnose, mit MS-spezifischer Arzneimittelverordnung	2.110	1.263	1.320
<b>Summe Untergruppen</b>	<b>17.068</b>	<b>19.184</b>	<b>19.888</b>
<b>MS-Patienten insgesamt</b>	<b>16.828</b>	<b>18.845</b>	<b>19.496</b>
Differenz	240	339	392

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Die Auswertung der Diagnose-Untergruppen für die MS-Patienten zeigt folgende Auffälligkeiten:

- Knapp 7 %, im Jahr 2008 sogar mehr als 12 % der MS-Patienten wurde ein MS-spezifisches Medikament verordnet, obwohl für sie in den entsprechenden Jahren keine MS-Diagnose durch einen Neurologen oder Nervenarzt dokumentiert wurde. Erklärungen hierfür könnten Diagnosestellungen durch andere ärztliche Fachgruppen, Mängel in der Diagnosedokumentation oder off-label use von MS-spezifischen Arzneimitteln sein.
- Die Patienten wurden zu den Untergruppen anhand der zeitlich zuerst dokumentierten Diagnosen im jeweiligen Jahr zugeordnet. In einigen Fällen wurden jedoch an einem Tag zwei oder mehr Diagnosecodes aus verschiedenen Untergruppen dokumentiert. Hierbei kann es sich ebenfalls um Mängel in der Diagnosedokumentation handeln,



die Dokumentation von mehreren MS-bezogenen Diagnosen lässt sich aber teilweise auch medizinisch begründen.<sup>6</sup>

Damit die Anzahl der Patienten in den Untergruppen mit der Gesamtzahl der MS-Patienten in den jeweiligen Jahren übereinstimmt, können die letztgenannten Fälle nur einer Diagnose zugeordnet werden. Die Fälle mit gleichzeitiger Dokumentation von zwei Diagnosen, von denen eine Diagnose "MS, nicht näher bezeichnet" war, wurden dem jeweils anderen Kode zugeordnet. Es bleibt ein kleinerer Anteil der MS-Patienten (maximal 2 %), bei denen zwei näher bezeichnete MS-Kodes gleichzeitig kodiert wurden (Tabelle 4). Am häufigsten (n = 82) trat dabei die Kombination einer MS mit vorherrschend schubförmigen Verlauf und einer MS mit sekundär-chronischem Verlauf auf. Da eine inhaltliche Hierarchisierung der Untergruppen mit den verfügbaren Daten nicht möglich ist, wurden diese Patienten den Untergruppen "MS, nicht näher bezeichnet" zugeordnet.

Tabelle 4: Gleichzeitige Kodierung von zwei und mehr näher bezeichneten Kodes bei MS, 2008-2010

	2008	2009	2010
Erstmanifestation <b>und</b> MS mit vorherrschend schubförmigen Verlauf	59	92	105
Erstmanifestation <b>und</b> MS mit primär-chronischem Verlauf	16	11	14
Erstmanifestation <b>und</b> MS mit sekundär-chronischem Verlauf	19	22	26
MS mit vorherrschend schubförmigem Verlauf <b>und</b> MS mit primär-chronischem Verlauf	23	39	48
MS mit vorherrschend schubförmigem Verlauf <b>und</b> MS mit sekundär-chronischem Verlauf	82	117	131
MS mit primär-chronischem Verlauf <b>und</b> MS mit sekundär-chronischem Verlauf	23	30	36
<b>Mehr als zwei</b> näher bezeichnete Diagnosen gleichzeitig	18	28	32
<b>Summe</b>	<b>240</b>	<b>339</b>	<b>392</b>

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

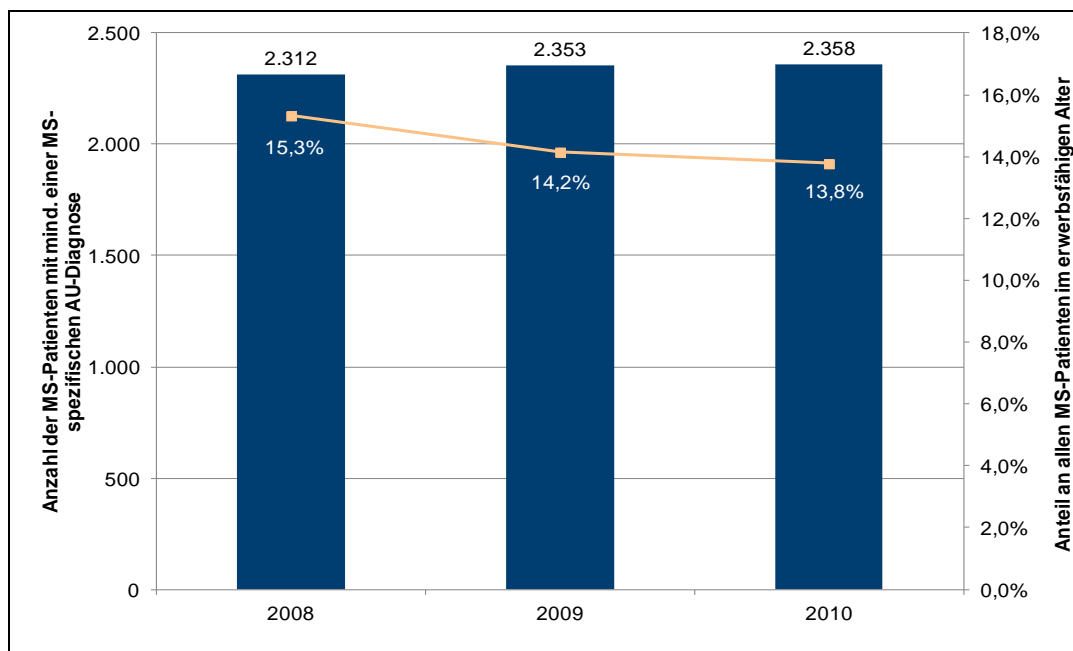
<sup>6</sup> Dies betrifft beispielsweise die gleichzeitige Dokumentation einer „Erstmanifestation“ und einer „MS mit vorherrschend schubförmigen Verlauf“, die den Erfordernissen an die indikationsbezogene Verordnung von Basistherapeutika Rechnung trägt.

### 4.2.2 Arbeitsunfähigkeit

Im Jahr 2010 hatten 2.358 MS-Patienten mindestens eine Phase der Arbeitsunfähigkeit aufgrund ihrer Krankheit (Abbildung 4). Dies entspricht einem Anteil von knapp 14 % an allen MS-Patienten im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 64 Jahren. Im Jahr 2008 lag dieser Anteil mit 15,3 % noch etwas höher.

Die durchschnittliche Anzahl der AU-Fälle je MS-Patient mit mind. einer Phase der Arbeitsunfähigkeit betrug im Jahr 2010 rund 1,72 (2008: 1,66 Fälle, 2009: 1,67 Fälle). Die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage ging bei MS-Patienten mit mind. einer Phase der Arbeitsunfähigkeit von rund 32,6 Tagen im Jahr 2008 auf rund 29,2 Tage im Jahr 2010 zurück (2009: 30,6 Tage).

Abbildung 4: Anzahl MS-Patienten mit mind. einer krankheitsspezifischen AU-Diagnose und Anteil an allen MS-Patienten im erwerbsfähigen Alter, 2008-2010



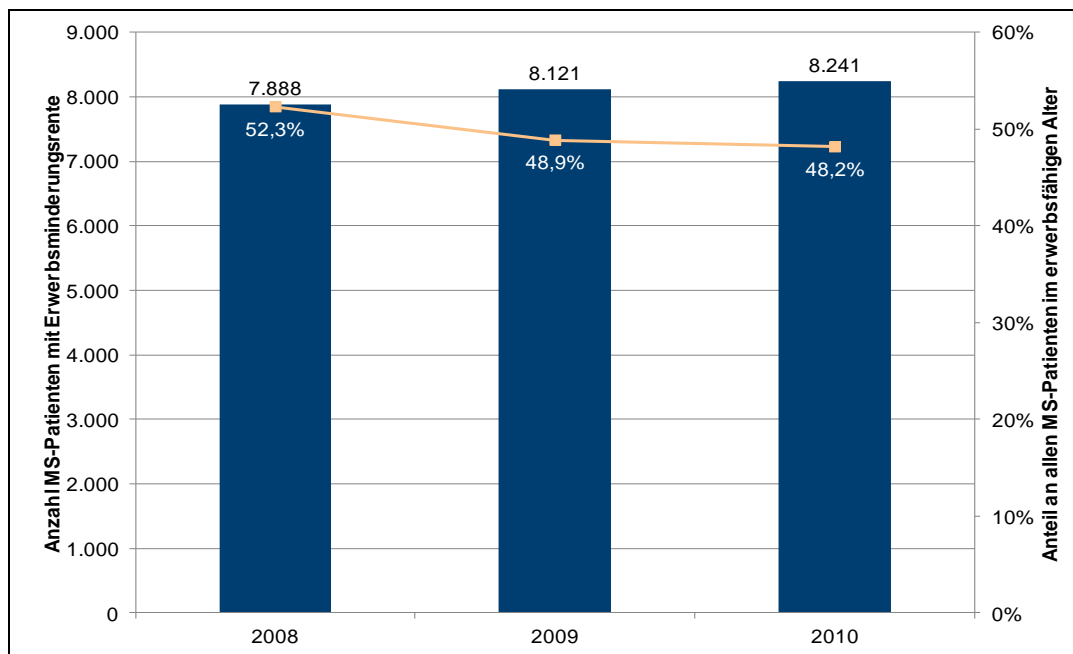
Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Zum Vergleich: Bundesweit waren – alters- und geschlechtsstandardisiert – 53,5 % der Erwerbspersonen unter den BARMER GEK-Versicherten durchschnittlich 1,16-mal arbeitsunfähig. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit lag bundesweit bei 12,8 Tagen je AU-Fall (bzw. bei 14,8 Tagen bezogen auf ganzjährige Versichertenzeiten).

### 4.2.3 Erwerbsminderung

Von allen MS-Patienten im erwerbsfähigen Alter in der Analysepopulation erhielt rund die Hälfte eine Erwerbsminderungsrente (Abbildung 5). Damit ist diese Patientengruppe weitaus häufiger von einer Erwerbsminderungsrente betroffen als eine Person im erwerbsfähigen Alter im bundesweiten Durchschnitt (rund 2,9 %).<sup>7</sup>

Abbildung 5: Anzahl MS-Patienten mit Erwerbsminderungsrente und Anteil an allen MS-Patienten im erwerbsfähigen Alter, 2008-2010



Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Die meisten MS-Patienten mit Erwerbsminderungsrente erhielten diese in den betrachteten Jahren nahezu durchgängig. Die durchschnittliche Anzahl der Tage mit Erwerbsminderungsrente je Patient lag nur geringfügig unter 365 Tagen und entsprach damit fast der Dauer des gesamten Jahres (2008: 352,2 Tage, 2010: 354,6 Tage).

<sup>7</sup> Im Jahr 2010 erhielten rund 1,5 Mio. Personen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland eine EM-Bestandsrente (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2011) bei insgesamt rund 54 Mio. Personen im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2010 (vgl. [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=699EC0795156AA156ED3E62AC71A0F43.tomcat\\_GO\\_1\\_1?operation=previous&levelindex=3&levelid=1333126763423&step=3](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=699EC0795156AA156ED3E62AC71A0F43.tomcat_GO_1_1?operation=previous&levelindex=3&levelid=1333126763423&step=3), Abruf am 30.03.2012).

### **4.3 Anteile der unterschiedlichen Leistungssektoren und -bereiche an der Versorgung von MS-Patienten**

#### **4.3.1 Ambulante vertragsärztliche Versorgung**

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung wurde von fast allen MS-Patienten in den betrachteten Jahren 2008 bis 2010 in Anspruch genommen. Mehr als 99 % der MS-Patienten wurden innerhalb eines Jahres von Haus- oder Fachärzten ambulant versorgt, wobei hier sämtliche Behandlungsfälle gezählt wurden, also nicht nur die zur Behandlung der MS. Innerhalb der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung dominiert erwartungsgemäß der fachärztliche Anteil, allerdings zeigen sich hierbei regionale Unterschiede.

Zum Großteil übernahmen Ärzte der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie die Behandlung der MS-Erkrankung: Bei rund 88 % der MS-Patienten im Jahr 2010 waren sie zumindest an der Behandlung beteiligt<sup>8</sup>, etwa 83 % der MS-Patienten wurden ambulant ausschließlich fachärztlich betreut (Tabelle 5).<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Während des Gesamtzeitraums 2008 bis 2010 wurden 96 % der MS-Patienten sowohl von Fachärzten der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie als auch von Hausärzten ambulant versorgt. Das heißt: In den allermeisten Fällen waren Ärzte der hier betrachteten Fachgruppen an der Versorgung von MS-Patienten zumindest beteiligt.

<sup>9</sup> Als ausschließlich fachärztlich behandelt werden hier MS-Patienten gezählt, bei denen ein Facharzt der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie die MS-Erkrankung behandelt. Diese MS-Patienten können zwar auch einen Hausarzt aufgesucht haben, aber nicht in der Hauptsache wegen ihrer MS-Erkrankung. Für die Datenauswertung wurden diese MS-Patienten durch das Kriterium abgegrenzt, dass für sie keine MS-spezifischen Arzneimittelverordnungen von einem Hausarzt dokumentiert sind.

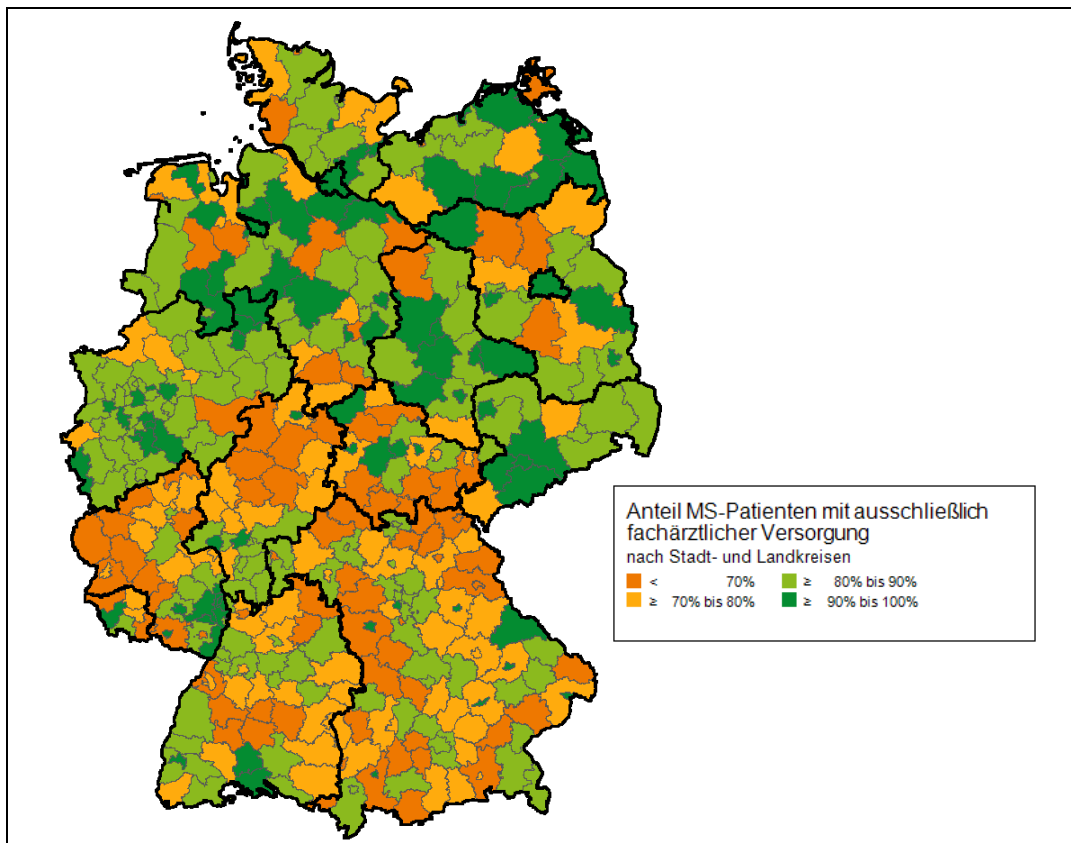
Tabelle 5: Beteiligung der ärztlichen Fachgruppen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von MS-Patienten, 2010

MS-Patienten	100%
<i>davon:</i>	
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Behandlung	98,8%
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Behandlung beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater	88,4%
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher MS-Behandlung ausschließlich beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater (d. h. ohne MS-spezifische Verordnung beim Hausarzt)	83,3%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Diese im Bundesdurchschnitt dominante Rolle der Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie in der Versorgung von MS-Patienten war jedoch nicht in allen Landesteilen gleichermaßen gegeben. Im Bundesländervergleich waren die Anteile der MS-Patienten, die ausschließlich durch die hier betrachteten Fachgruppen fachärztlich betreut wurden, in Thüringen (75,3 %), Rheinland-Pfalz (76 %) und Bayern (76 %) am geringsten. In den Stadtstaaten Berlin (93,4 %), Hamburg (93,1 %) und Bremen (91,9 %) waren die Anteile am höchsten. Innerhalb der Bundesländer auf Ebene der Kreise können die Anteile der MS-Patienten mit ausschließlich fachärztlicher Versorgung stärker variieren. Sie lagen zwischen lediglich 20 % in einem Landkreis und 100 % insbesondere in Stadtkreisen (Abbildung 6). Insgesamt wohnten rd. 40 % der MS-Patienten in Kreisen mit unterdurchschnittlichen Anteilen ausschließlich fachärztlicher MS-Versorgung, bei nur 1,1 % der MS-Patienten lag jedoch der Anteil ausschließlich fachärztlicher MS-Versorgung im Wohnkreis unter 50 %.

Abbildung 6: Anteil der Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher MS-Behandlung ausschließlich durch die Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie an allen MS-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Zwischen dem regionalen Anteil der MS-Patienten, die ambulant ausschließlich durch niedergelassene Fachärzte der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie versorgt wurden, und der Anzahl der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in den Stadt- bzw. Landkreisen besteht ein positiver Zusammenhang (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,261).

Die MS-Patienten hatten im Jahr 2010 insgesamt 302.209 vertragsärztliche Behandlungsfälle (2008: 233.123 und 2009: 294.409).<sup>10</sup> Dies entsprach im

<sup>10</sup> Hierbei handelt es sich um die Behandlungsfälle insgesamt, d. h. unabhängig davon, ob die Patienten aufgrund einer Multiplen Sklerose oder aufgrund einer anderen Erkrankung behandelt wurden. Ein Behandlungsfall ist definiert als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis innerhalb eines Kalendervierteljahrs

Jahr 2010 einer durchschnittlichen Anzahl von rund 15,5 Behandlungsfällen über alle ärztlichen Fachgruppen pro Patient. Die Zahl der vertragsärztlichen Behandlungsfälle ist damit für die MS-Patienten im Durchschnitt seit dem Jahr 2008 (rd. 13,9 Behandlungsfälle je Patient) angestiegen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die steigende Zahl von Patienten mit risiko-reicheren Immuntherapien. Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle je MS-Patient lag im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich über den Vergleichswerten für die gesamte ambulante vertragsärztliche Versorgung der BARMER GEK-Versicherten (Tabelle 6).

Tabelle 6: Durchschnittliche Anzahl der vertragsärztlichen Behandlungsfälle je MS-Patient und Behandlungsfälle je Person gemäß BARMER GEK, 2008-2010

	2008	2009	2010
Multiple Sklerose	13,9	15,6	15,5
zum Vergleich: Behandlungsfälle je Person (BARMER GEK) *	7,4	8,0	7,9

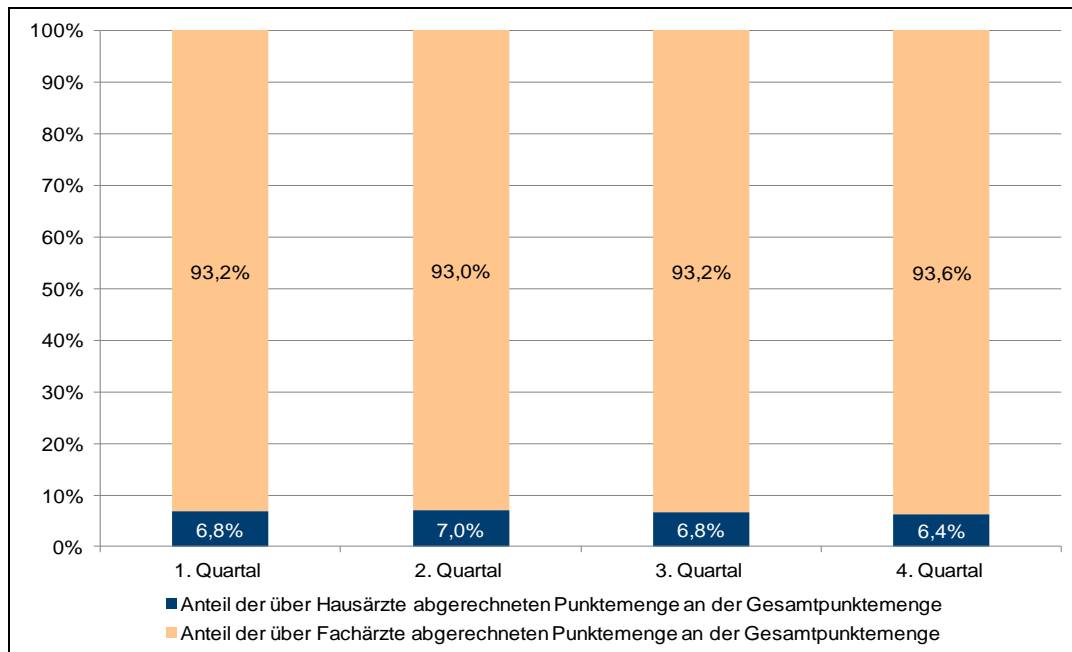
Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten, \* BARMER GEK Arztreport (2012: 41)

Insgesamt wurden von den Vertragsärzten der hier betrachteten Fachgruppen und von den Hausärzten, die MS-Patienten behandelten, im 4. Quartal 2010 rund 34 Mio. Punkte abgerechnet. Davon entfielen rund 93,6 % auf die Fachärzte; auf Abrechnungen der Hausärzte entfiel mit rund 6,4 % nur einen relativ geringer Anteil der insgesamt abgerechneten Punkte (Abbildung 7). Allerdings behandelten die Hausärzte auch wesentlich weniger MS-Patienten. Je MS-Patient war die Anzahl der abgerechneten Punkte bei den Hausärzten und bei den Fachärzten nahezu identisch (Hausärzte: 2.128, Fachärzte: 2.166).

---

zu Lasten derselben Krankenkasse. Ein Behandlungsfall kann entsprechend mehrere Arztkontakte umfassen.

Abbildung 7: Anteile der abgerechneten Punkte an der Gesamtzahl der für die Versorgung von MS-Patienten abgerechneten Punkte nach Arztgruppen, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Unter den für die Behandlung von MS typischen Leistungen wurden besonders häufig Betreuungsziffern aus dem neurologischen Leistungskapitel abgerechnet (vgl. Tabelle 48 im Anhang). Eine der am häufigsten abgerechneten, für MS typischen GOPs war die MRT des Neurocraniums (n = 6.442 im Jahr 2010).

#### 4.3.2 Arzneimittelversorgung

Im Jahr 2010 erhielten von den 19.493 MS-Patienten 13.327 Patienten mindestens eine MS-spezifische Verordnung<sup>11</sup>. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass 6.166 Patienten (31,6 %) im Jahr 2010 kein MS-spezifisches Arzneimittel erhielten. Unter den 14.613 MS-Patienten, für die im Gesamtzeitraum 2008 bis 2010 eine MS dokumentiert ist, lag der Anteil derjenigen, die im gesamten Dreijahreszeitraum kein MS-spezifisches Arzneimittel erhielten, bei knapp einem Viertel (24,1 %). Die den MS-Patienten am häu-

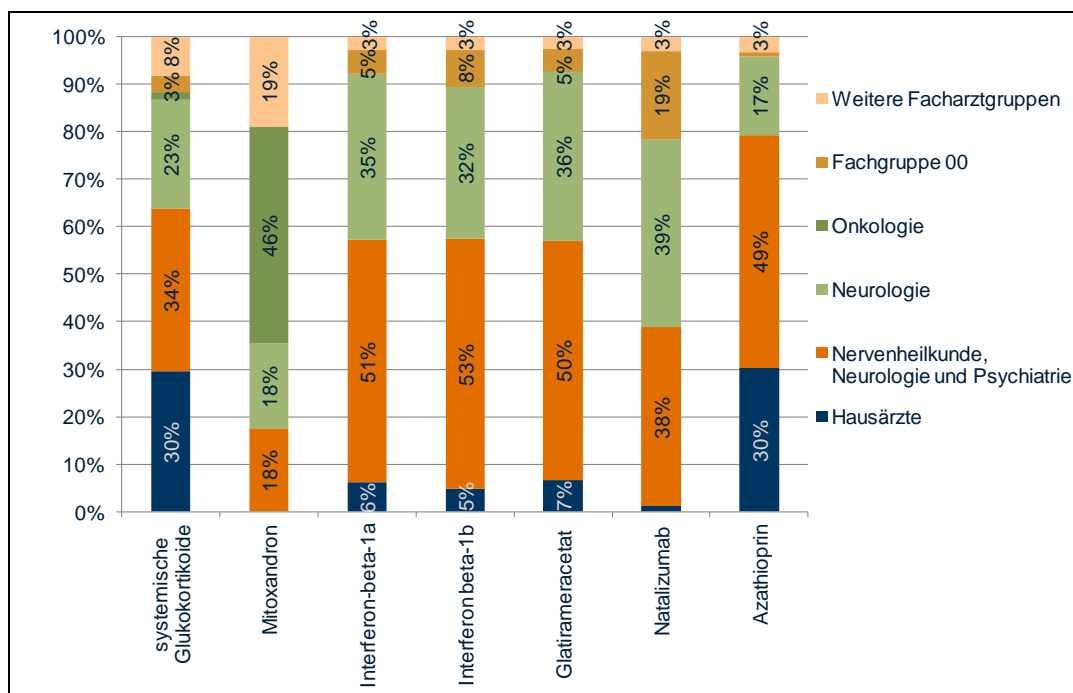
<sup>11</sup> Es ist möglich, dass der behandelnde Arzt ein Rezept ausgestellt hat, der Patient dieses aber nicht in einer Apotheke eingelöst hat. Die Krankenkassendaten der BARMER GEK enthalten nur Informationen über eingelöste Verordnungen. Es ist daher nicht möglich, zwischen Patienten ohne Arzneimittelverordnung und Patienten, die ein Rezept nicht eingelöst haben, zu unterscheiden.



figsten verordneten Arzneimittelwirkstoffe waren Interferon-beta-1a und -1b, systemische Glukokortikoide (Methylprednisolon, Prednisolon, Prednison und Dexamethason) und Glatirameracetat.

Die mengen- bzw. DDD-bezogenen Verordnungsanteile der unterschiedlichen ärztlichen Fachgruppen weichen bei den MS-spezifischen Arzneimitteln zum Teil deutlich voneinander ab (Abbildung 8). Am höchsten waren die Anteile der Fachärzte für Neurologie und für Nervenheilkunde mit jeweils über 80 % aller verordneten DDDs im Jahr 2010 für Interferon beta-1a (86,0 %), Glatirameracetat (85,9 %) sowie Interferon beta-1b (84,6 %). Dagegen wurden nur rund 57,2 % aller DDDs der systemischen Glukokortikoide und rund 35,4 % der Mitoxantron-DDDs von Fachärzten für Neurologie bzw. für Nervenheilkunde verschrieben.

Abbildung 8: DDD-bezogene Verordnungsanteile der ärztlichen Fachgruppen bei MS-spezifischen Arzneimitteln, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Methylprednisolon, Prednisolon, Prednison und Dexamethason wurden zu systemischen Glukokortikoiden zusammengefasst und unabhängig von ihrer Dosierung berücksichtigt.

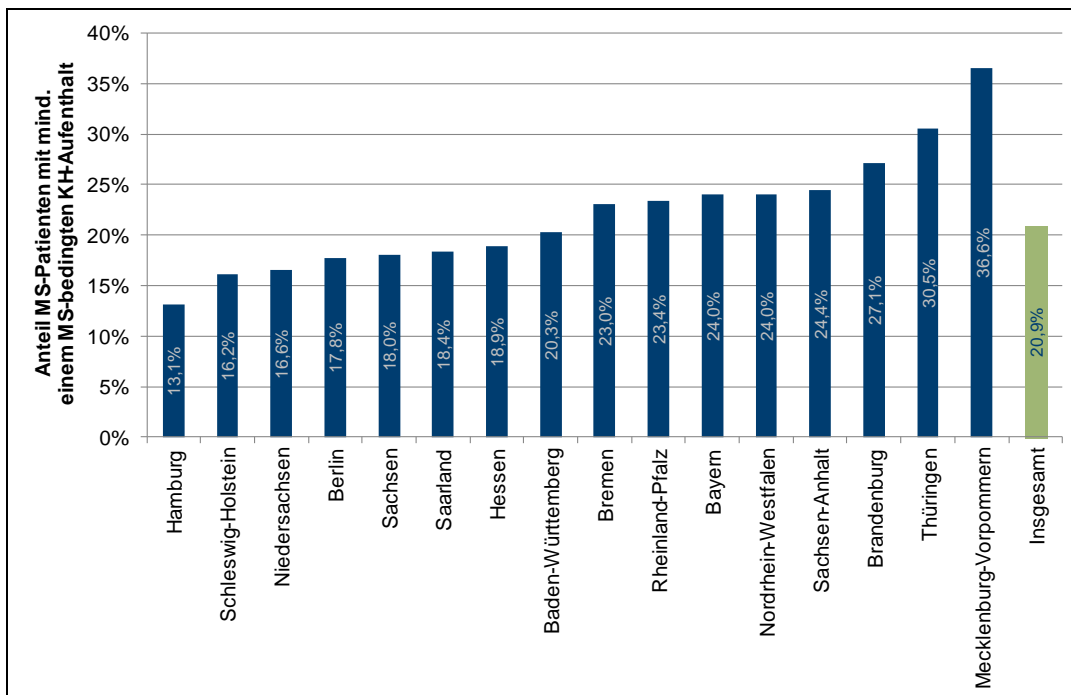
Aufgrund unterschiedlicher Packungsgrößen können die DDD-bezogenen Verordnungsanteile der unterschiedlichen Fachgruppen von den Anteilen an der reinen Zahl der Verordnungen abweichen. Letztere geben Aufschluss über die Häufigkeitsunterschiede im Arzt-Patienten-Kontakt zwischen den einzelnen Fachgruppen, wenn man davon ausgeht, dass jede Verordnung

mit einem Arztkontakt einhergeht. Die Auswertung für die Anteile an der Zahl der Verordnung MS-spezifischer Arzneimittel ergab jedoch keine größeren Abweichungen von den DDD-bezogenen Verordnungsanteilen.

### 4.3.3 Krankenhausversorgung

Der bundesdurchschnittliche Anteil der MS-Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt und MS als Hauptdiagnose betrug knapp 21 % im Jahr 2010. Zwischen den Bundesländern variieren die entsprechenden Anteilswerte z. T. deutlich. Dabei waren in einigen ostdeutschen Bundesländern die Anteilswerte relativ hoch (Mecklenburg-Vorpommern 36,6 %, Thüringen 30,5 %, Brandenburg 27,1 %), in den norddeutschen Bundesländern um die Hälfte geringer (Hamburg 13,1 %, Schleswig-Holstein 16,2 %, Niedersachsen 16,6 %) (Abbildung 9).

Abbildung 9: Anteil der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt an allen MS-Patienten nach Bundesland, 2010



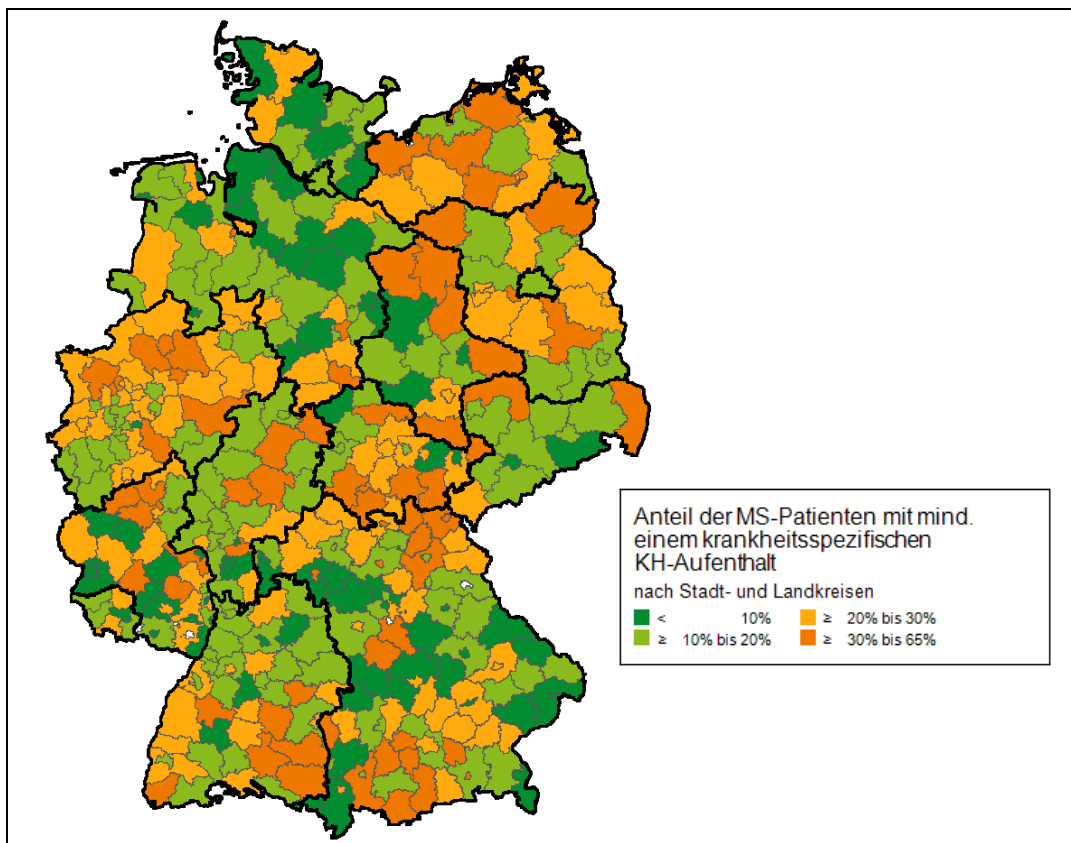
Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Auf der kleinerräumigen Ebene der Städte und Landkreise weichen die Häufigkeitswerte für Krankenhausaufenthalte der MS-Patienten erwartungsgemäß noch stärker voneinander ab (Abbildung 10). Das Spektrum umfasst einige kreisfreie Städte und Landkreise, in denen mehr als die Hälfte

te aller MS-Patienten im Jahr 2010 mindestens einen Krankenhausaufenthalt hatte; allerdings wohnten in diesen Kreisen und kreisfreien Städten insgesamt lediglich 0,5 % aller MS-Patienten. In 15 Kreisen und kreisfreien Städten mit insgesamt rund 0,4 % aller MS-Patienten gab es gar keine MS-bedingten Krankenhausaufenthalte.

Abbildung 10: Anteil der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt an allen MS-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung. Für die kreisfreien Städte Landau in der Pfalz, Zweibrücken, Weiden i.d.OPf., Schwabach und Wismar liegen keine stationären Daten zu MS-Patienten vor (=weiße Flecken).

Ein möglicher Erklärungsansatz für die unterschiedlichen regionalen Anteile der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt sind regional unterschiedliche ambulante und stationäre Versorgungskapazitäten. Anhand von Korrelationsanalysen wurden mögliche Zusammenhänge zwischen MS-bedingter Krankenhaushäufigkeit und Dichte der Ver-

tragsärzte bzw. Krankenhausbetten der jeweils relevanten Fachrichtungen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte untersucht.<sup>12</sup>

Hieraus ergibt sich insbesondere ein negativer Zusammenhang zwischen der Dichte der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater einerseits und dem Anteil der Patienten mit mindestens einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt andererseits (Tabelle 7), d. h., je mehr Ärzte dieser Fachgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, desto niedriger ist der Anteil der Patienten mit einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt. Dieser Zusammenhang bestätigt sich, wenn man anstatt der Facharztdichte die durchschnittliche Anzahl vertragsärztlicher Behandlungsfälle je MS-Patient bei den betrachteten Fachgruppen heranzieht: Je höher die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle bei Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern je Patient, desto niedriger ist die MS-bedingte Krankenhaushäufigkeit. Anhand des Fallzahlindicators ist der negative Zusammenhang stärker als auf Basis der Facharztdichte. Die Korrelationsanalyse liefert dagegen keinen Anhaltspunkt für einen entsprechenden Zusammenhang zwischen Hausarztdichte und MS-bedingter Krankenhaushäufigkeit (Korrelationskoeffizient -0,005).

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen dem Anteil der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt und den stationären und ambulanten Angebotskapazitäten, 2010

Korrelation mit	Korrelationskoeffizient
Anzahl Hausärzte je 100.000 EW	-0,0046
Anzahl Neuro/Nerv/Psy je 100.000 EW	-0,1166
Anzahl Fachinternisten je 100.000 EW	-0,0776
Anzahl amb. neuro/nerv/psych Fälle je MS-Patient	-0,1923
Anzahl Betten Innere Medizin je 100.000 EW	0,0565
Anzahl Betten Neurologie je 100.000 EW	0,0587

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten, Grunddaten der Krankenhäuser 2010 des Statistischen Bundesamtes sowie Daten des Bundesarztregisters der KBV

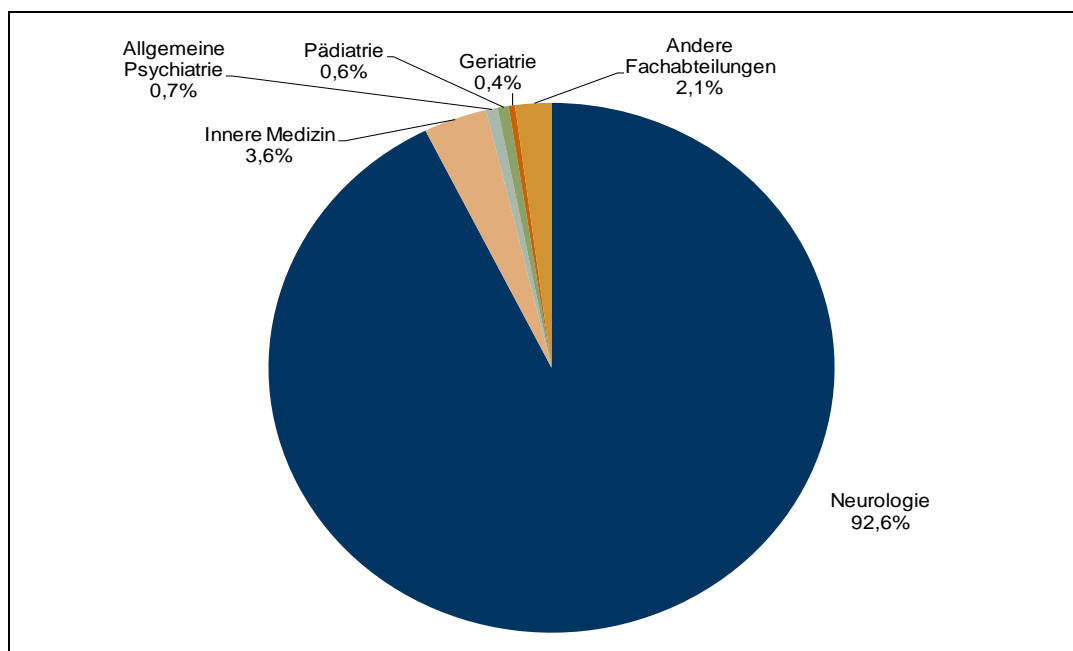
<sup>12</sup> Eine multivariate Regressionsanalyse, in der die Zusammenhänge zwischen MS-bedingter Krankenhaushäufigkeit, Vertragsarztdichte, vertragsärztliche Behandlungsfälle je MS-Patient und Bettendichte untersucht wurde, zeigen einen positiven, signifikanten Zusammenhang der Krankenhaushäufigkeit wegen MS mit der Bettendichte ( $p=0,000$ ) und einen schwachen negativen Zusammenhang mit der Vertragsarztdichte der relevanten Fachgruppen ( $p=0,024$ ) und der Anzahl vertragsärztlicher Behandlungsfälle ( $p=0,058$ ).

Die stationäre Bettendichte (Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner) in den Fachabteilungen Innere Medizin und Neurologie sind positiv mit der MS-bedingten Krankenhaushäufigkeit korreliert, d. h., je höher die Bettenkapazitäten in einem Kreis, desto höher ist der Anteil der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt. Allerdings ist dieser Zusammenhang relativ schwach.

Die MS-Patienten mit Krankenhausaufenthalt wurden im Jahr 2010 durchschnittlich 1,8 mal im Jahr aufgrund einer MS-Diagnose stationär aufgenommen. Die durchschnittliche Verweildauer der MS-bedingten Krankenhausaufenthalte betrug für die 4.066 MS-Patienten im Jahr 2010 durchschnittlich 7,7 Tage und war damit etwas geringer als die durchschnittliche Verweildauer über sämtliche Diagnosen mit 7,9 Tagen.

Im Jahr 2010 wurden 7.222 Krankenhausfälle aufgrund einer MS als Hauptdiagnose behandelt - fast alle von ihnen in einer Fachabteilung für Neurologie (92,6 %) (Abbildung 11). Die Anteile anderer Fachabteilungen an der stationären Behandlung von MS-Patienten sind von vernachlässigbarer Größenordnung; nur die Fachabteilungen der Inneren Medizin behandelten mit 3,6 % noch einen sichtbaren Anteil von MS-Fällen (262 Fälle im Jahr 2010).

Abbildung 11: Anteile der Fachabteilungen an der Behandlung MS-bedingter Krankenhausfälle, 2010

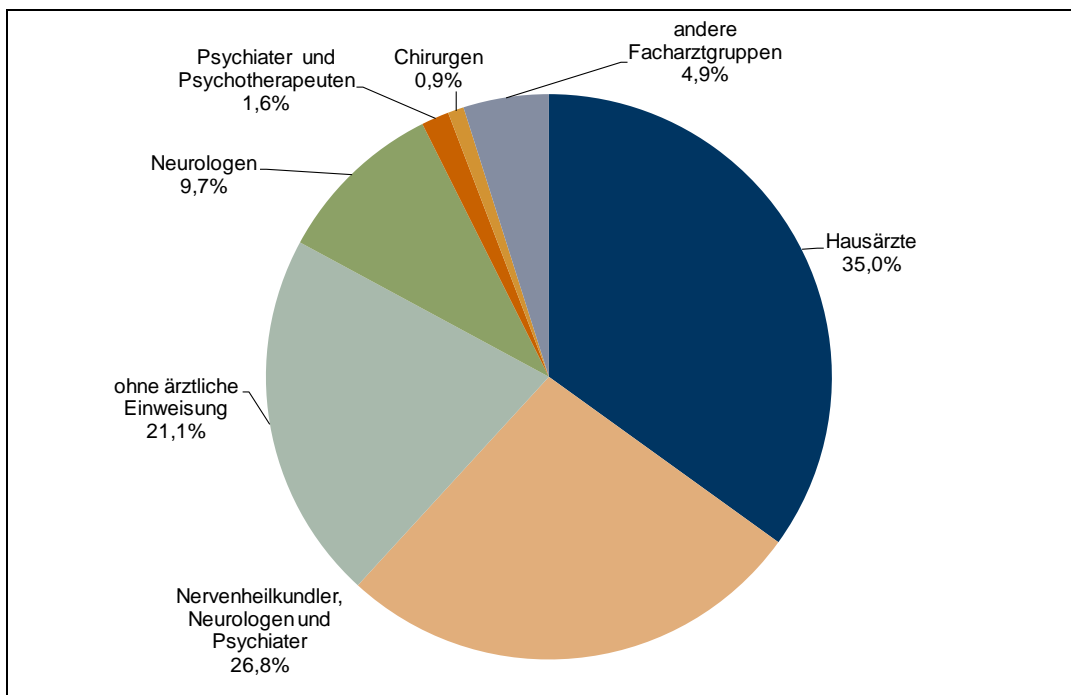


Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Die MS-Patienten mit mindestens einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt wurden in 35 % der Fälle von einem Hausarzt in ein Krankenhaus

eingewiesen, in rund 27 % der Fälle von einem Facharzt für Nervenheilkunde und in rund 10 % der Fälle von einem Facharzt für Neurologie (Abbildung 12). Andere ärztliche Fachgruppen hatten nur sehr geringe Anteile an den Einweisungen für MS-bedingte Krankenhausaufenthalte. In rund einem Fünftel aller Krankenhausaufenthalte wurde keine einweisende Fachgruppe vermerkt, entweder weil diese Angabe unbekannt war oder weil der Patient ohne Einweisung (z. B. über die Rettungsstellen oder Notfallstationen der Krankenhäuser) stationär aufgenommen wurde.

Abbildung 12: Anteile ärztlicher Fachgruppen an den Einweisungen von MS-bedingten Krankenhausaufenthalten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Zwischen den Bundesländern unterscheiden sich die Anteile der MS-bedingten Krankenhausaufenthalte, die durch Fachärzte in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, z. T. deutlich (Tabelle 8). Das Spektrum reicht von Sachsen, wo knapp die Hälfte der MS-bedingten Krankenhausaufenthalte durch Ärzte der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie eingewiesen wurden, bis hin zu Bayern, wo dies nur auf rd. ein Viertel der Fälle zutraf. Spiegelbildlich sind in diesen Bundesländern die Anteile der MS-bedingten Krankenhausaufenthalte mit Einweisung durch Hausärzte: rd. ein Viertel in Sachsen und etwa die Hälfte in Bayern. Insgesamt war in sechs Bundesländern, auf die knapp ein Drittel aller MS-bedingten Krankenhausaufenthalte entfiel, der Anteil der Hausärzte an den Einweisungen höher als der Anteil der Ärzte der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Relativ häufig waren MS-bedingte Krankenhausfälle ohne ärztliche Einweisung in den Stadtstaaten mit Anteilen von rd. einem Drittel oder mehr. In Hessen und im Saarland wurden MS-Krankenhausfälle vergleichsweise oft durch andere Fachgruppen eingewiesen.

Tabelle 8: Anteile der MS-bedingten Krankenhausfälle nach einweisender ärztlicher Fachgruppe und nach Bundesland, 2010

Bundesland	ohne ärztliche Einweisung	Einweisung durch		
		Hausärzte	Ärzte der Fachgruppen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie / Psychotherapie	sonstige Fachgruppen
Schleswig-Holstein	25,2%	31,8%	39,5%	3,5%
Hamburg	33,8%	32,5%	27,3%	6,5%
Niedersachsen	24,1%	28,1%	39,3%	8,5%
Bremen *	50,0%	42,9%	7,1%	0,0%
Nordrhein-Westfalen	18,1%	31,2%	45,8%	4,9%
Hessen	19,4%	39,3%	27,8%	13,5%
Rheinland-Pfalz	17,1%	44,0%	32,9%	6,0%
Baden-Württemberg	32,0%	32,0%	33,8%	2,3%
Bayern	21,4%	51,0%	24,4%	3,2%
Saarland	14,3%	23,8%	39,3%	22,6%
Berlin	32,8%	20,3%	43,4%	3,4%
Brandenburg	21,9%	27,1%	46,2%	4,9%
Mecklenburg-Vorpommern	14,9%	36,5%	41,5%	7,1%
Sachsen	23,9%	24,4%	47,4%	4,3%
Sachsen-Anhalt	15,3%	37,3%	39,6%	7,8%
Thüringen	19,1%	42,7%	30,3%	7,9%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: \* In Bremen liegen der Berechnung insgesamt nur 14 Krankenhausfälle zu Grunde.

#### 4.3.4 Stationäre und ambulante Anschlussrehabilitation

Im Jahr 2010 haben 168 MS-Patienten aufgrund ihrer MS mind. eine stationäre Anschlussrehabilitation in Anspruch genommen (2008: 185 Patienten und 2009: 191 Patienten) (Tabelle 9). Dies entsprach einem Anteil von rund 0,9 % der MS-Patienten (2008: 1,1 %; 2009: 1,0 %). Die Anzahl der stationären Rehabilitationsfälle entsprach dabei in allen drei Jahren ungefähr der Anzahl der Patienten. Dies bedeutet (mit wenigen Ausnahmen) rund einen Fall je MS-Patient pro Jahr. Eine ambulante Anschlussrehabilitation aufgrund von MS hatten nur sehr wenige MS-Patienten (in allen drei Jahren jeweils nur zwei).

Tabelle 9: Anzahl der MS-Patienten mit stationärer und ambulanter Anschlussrehabilitation, 2008-2010

Patientengruppe Multiple Sklerose	Anzahl Patienten	Anzahl Patienten mit stat. Reha	Anzahl stat. Reha-Fälle	Anzahl Patienten mit amb. Reha
2008	16.825	185	189	2
2009	18.843	191	196	2
2010	19.493	168	171	2

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass auf Basis der hier genutzten Datengrundlage keine Aussagen über die Häufigkeit von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation getroffen werden können, die durch andere Kostenträger finanziert werden. Dies dürfte insbesondere auf den großen Anteil der MS-Patienten mit Erwerbsminderungsrenten zutreffen (42,3 % der MS-Patienten). Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation für diese Patientengruppe werden im Regelfall von der Gesetzlichen Rentenversicherung finanziert.

#### 4.3.5 Pflegestufe und -leistungen

Der Pflegeaufwand wird je nach Umfang des Hilfebedarfs eines Patienten drei Pflegestufen zugeordnet. Von allen MS-Patienten erfüllten im Jahr 2010 rund 20 % die Voraussetzungen für eine Einstufung in eine Pflegestufe – die meisten für die Pflegestufen 1 (8,5 %) und 2 (8,1 %) (Tabelle 10). Die Schwerstpflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 wurde bei 4 % der MS-Patienten festgestellt. Der Anteil der MS-Patienten ohne Pflegestufe hat sich im Zeitraum 2008 bis 2010 nicht verändert und lag konstant bei rund 80 %.



Tabelle 10: Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit unter den MS-Patienten nach Pflegestufen, 2010

	<b>Anteil an MS-Patienten</b>
ohne Pflegestufe	80,4%
Pflegestufe 1	8,5%
Pflegestufe 2	8,1%
Pflegestufe 3	4,0%
Härtefall Stufe 3	0,2%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die dargestellten Prozentwerte summieren sich nicht zu 100 %, da einige Patienten im Verlauf des Jahres 2010 die Pflegestufe gewechselt haben und in mehr als einer Kategorie gezählt werden.

Die durchschnittliche Dauer der Einstufung in eine Pflegestufe betrug im Jahr 2010 bei MS-Patienten in sämtlichen Pflegestufen mehr als 300 Tage (Tabelle 11).

Tabelle 11: Dauer der festgestellten Pflegebedürftigkeit unter den MS-Patienten, 2010

<b>Einstufung</b>	<b>Durchschnittliche Dauer der Einstufung in Tagen</b>
Pflegestufe 1	317,5
Pflegestufe 2	332,7
Pflegestufe 3	337,3
Härtefall Stufe 3	301,3

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Die am häufigsten genutzte Pflegeleistung von pflegebedürftigen MS-Patienten war im Jahr 2010 das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI (52,4 %) gefolgt von Pflegesachleistungen durch professionelle Pflegekräfte nach § 36 SGB XI (23,3 %) (Tabelle 12). Eine vollstationäre Pflege nach § 43 bzw. § 43a SGB XI wurde im Jahr 2010 indes nur von 10,5 % der MS-Patienten in Anspruch genommen.

Tabelle 12: Anteil der MS-Patienten mit Pflegeleistungen nach Leistungsart gemäß SGB XI, 2010

<b>Anteil der Patienten mit Pflegeleistungen</b>	
Pflegegeld nach § 37	52,4%
Sachleistungen nach § 36	23,3%
Vollstationäre Pflege nach § 43	10,1%
Verhinderungspflege nach § 39	7,7%
Kurzzeitpflege nach § 42	5,0%
Tages- und Nachtpflege nach § 41	0,8%
Pflegeleistung nach § 45a	0,4%
Härtefall nach § 43 (2) Nr. 4	0,4%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Entsprechend der fast ganzjährigen durchschnittlichen Dauer der festgestellten Pflegebedürftigkeit wurden auch die Pflegeleistungen meist über ähnlich lange Zeiträume in Anspruch genommen – mit Ausnahme der bereits gesetzlich auf maximal vier Wochen begrenzten Leistungen zur häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (nach § 39 SGB XI) sowie zur Kurzzeitpflege (nach § 41 SGB XI) (Tabelle 13). Mit Ausnahme der Sachleistungen nach § 36 SGB XI (294,5 Tage) und der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI (244,7 Tage) betrug die durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme jeweils mehr als 300 Tage.

Tabelle 13: Durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI der MS-Patienten (in Tagen), 2010

<b>Pflegeleistungen</b>	<b>Durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme einer Pflegeleistung</b>
Sachleistungen nach § 36	294,5
Pflegegeld nach § 37	332,2
Verhinderungspflege nach § 39	16,2
Tages- und Nachtpflege nach § 41	244,7
Kurzzeitpflege nach § 42	14,6
Vollstationäre Pflege nach § 43	319,3
Härtefall nach § 43 (2) Nr. 4	333,8
Leistungen nach § 43a SGB XI	347,0
Pflegeleistung nach § 45a	308,0

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

#### 4.3.6 Psychiatrische Institutsambulanzen <sup>13</sup>

Eine Behandlung von MS-Patienten in einer PIA ist grundsätzlich nicht vorgesehen. Gemäß § 3 der Vereinbarung zu PIA an Allgemeinkrankenhäusern nach § 118 Abs. 2 SGB V vom 1. Juli 2010 des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung setzt eine Behandlung von Patienten in einer PIA mindestens eine psychiatrische Diagnose des Kapitels V (F) der ICD-10-GM voraus. „Diese Diagnosen müssen wiederum in Verbindung mit mindestens vier von zwölf festgelegten Kriterien für Schwere (Ausnahme: akuter Notfall) oder einem von zwei festgelegten Kriterien für Dauer vorliegen. Andere – nicht im Positivkatalog genannte – Indikationen psychischer Erkrankungen können nur dann in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt werden, wenn die festgelegten Kriterien von Schwere und Dauer erfüllt sind.“<sup>14</sup> Somit soll die MS typischerweise nicht in einer PIA behandelt werden.

Die Datenauswertung ergab dementsprechend eine nur sehr geringe Anzahl von MS-Patienten, für die im 1. Halbjahr 2012 mindestens einmal eine PIA-Behandlung abgerechnet wurde: Von insgesamt 15.006 MS-Patienten in diesem Zeitraum wurden 175 in einer PIA behandelt, nur 96 von ihnen mit Hauptdiagnose MS. Der Anteil der Patienten, die wegen ihrer MS in einer PIA behandelt wurden, betrug demnach nur 0,6 %, so dass von einer weitergehenden Analyse der Versorgung von MS-Patienten durch PIA abgesehen wurde.

Die Versorgung von MS-Patienten in Hochschulambulanzen konnte nicht analysiert werden, da die Datengrundlage für diesen Versorgungsbereich nur unvollständig vorliegt. Zur ambulanten Behandlung an nicht-universitären Kliniken (insbesondere gemäß § 116b SGB V) sind keine Daten verfügbar.

#### 4.4 Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen

Nach der Darstellung der jeweiligen Anteile der unterschiedlichen Sektoren und ärztlichen Fachgruppen an der Versorgung von MS-Patienten wurde ausgewertet, in welcher Art und Häufigkeit MS-Patienten innerhalb des

---

<sup>13</sup> Die Auswertungen zur Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) beruhen auf einer anderen Datengrundlage (siehe hierzu ausführlich Kapitel 3.3).

<sup>14</sup> Kommentar zur Neuvereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 SGB V, Deutsches Ärzteblatt, Heft 7, Juli 2010, S. 329.

betrachteten Dreijahreszeitraums in mehreren Sektoren bzw. durch unterschiedliche Fachgruppen behandelt wurden. Hieraus ergibt sich die Häufigkeit intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von MS-Patienten (Tabelle 14).

Dabei werden auch die Abgrenzungen innerhalb des ambulanten Sektors zwischen fach- und hausärztlicher Behandlung sowie der Arzneimittelversorgung als Schnittstellen betrachtet. Somit werden insgesamt sechs Sektoren bzw. Versorgungsbereiche unterschieden, zwischen denen sich bei der Behandlung eines Patienten Schnittstellen(probleme) ergeben können und deren jeweilige Versorgungsanteile zuvor dargestellt wurden: neben den drei ambulanten Bereichen (Hausarzt, Facharzt, Arzneimittel) der Krankenhaussektor, die Langzeitpflege und die Rehabilitation.

Die Übersicht (Tabelle 14) zeigt die Kombinationen der Beteiligung unterschiedlicher Sektoren bzw. Fachgruppen an der Behandlung von MS-Patienten im Zeitraum 2008-2010, die unter den MS-Patienten der Analysepopulation am häufigsten vorkamen (bei mind. 100 Patienten).

Rund 40 % der MS-Patienten wurden im gesamten Dreijahreszeitraum ausschließlich innerhalb des ambulanten Sektors behandelt, dort aber unter Beteiligung sowohl von Fachärzten der relevanten Fachgruppen als auch von Hausärzten und einschließlich der Verordnung von krankheitsspezifischen Arzneimitteln. Bei weiteren 18 % der MS-Patienten kam mind. ein MS-bedingter Krankenhausaufenthalt hinzu. Bei 11 % der MS-Patienten behandelten ausschließlich Haus- und/oder Fachärzte ihre Erkrankung, ohne dass in dem Dreijahreszeitraum MS-spezifische Arzneimittel verordnet wurden.

Die Fachärzte der relevanten Fachgruppen waren an der Behandlung fast aller MS-Patienten (96,4 %) zumindest einmal in dem betrachteten Zeitraum beteiligt. Bei 2,7 % der MS-Patienten (n = 398) wurde die ambulante ärztliche und medikamentöse Behandlung in den drei Jahren ohne Beteiligung von Fachärzten der relevanten Fachgruppen durchgeführt.

Tabelle 14: Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von MS-Patienten, 2008-2010

Anzahl MS-Patienten	Anteil an MS-Patienten insg. (in %) <sup>1)</sup>	ambulant			Krankenhaus	Pflege	Rehabilitation
		Hausarzt	Facharzt <sup>2)</sup>	Arzneimittel			
5.872	40,2%	X	X	X			
2.629	18,0%	X	X	X	X		
1.544	10,6%	X	X				
768	5,3%	X	X	X	X	X	
749	5,1%	X	X	X		X	
667	4,6%	X	X			X	
462	3,2%	X	X		X		
451	3,1%	X	X		X	X	
206	1,4%	X	X	X	X	X	X
190	1,3%	X		X			
166	1,1%		X	X			
127	0,9%	X	X	X	X		X
112	0,8%	X		X	X		

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: <sup>1)</sup> Anzahl der MS-Patienten im Gesamtzeitraum 2008-2010 in Analysepopulation = 14.613

<sup>2)</sup> der Fachgruppe Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie.

Die Gesamtbetrachtung zeigt, dass im Zeitraum 2008 bis 2010 die Behandlung von rd. 86 % der MS-Patienten Leistungen aus mindestens drei verschiedenen Versorgungsbereichen umfasste, bei mehr als einem Drittel der MS-Patienten (rd. 36 %) mindestens vier Versorgungsbereiche (Tabelle 15).

Tabelle 15: Verteilung der MS-Patienten nach Anzahl intersektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen, 2008-2010

Anzahl sektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen	Anzahl MS-Patienten	Anteil an MS-Patienten insg. (in %)
1	62	0,4%
2	1.971	13,5%
3	7.306	50,0%
4	4.027	27,6%
5	1.041	7,1%
6	206	1,4%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

#### 4.5 Patientenversorgung an den intersektoralen und fachgebietsbezogenen Schnittstellen

##### 4.5.1 "Behandlungswege" nach einem Krankenhausaufenthalt

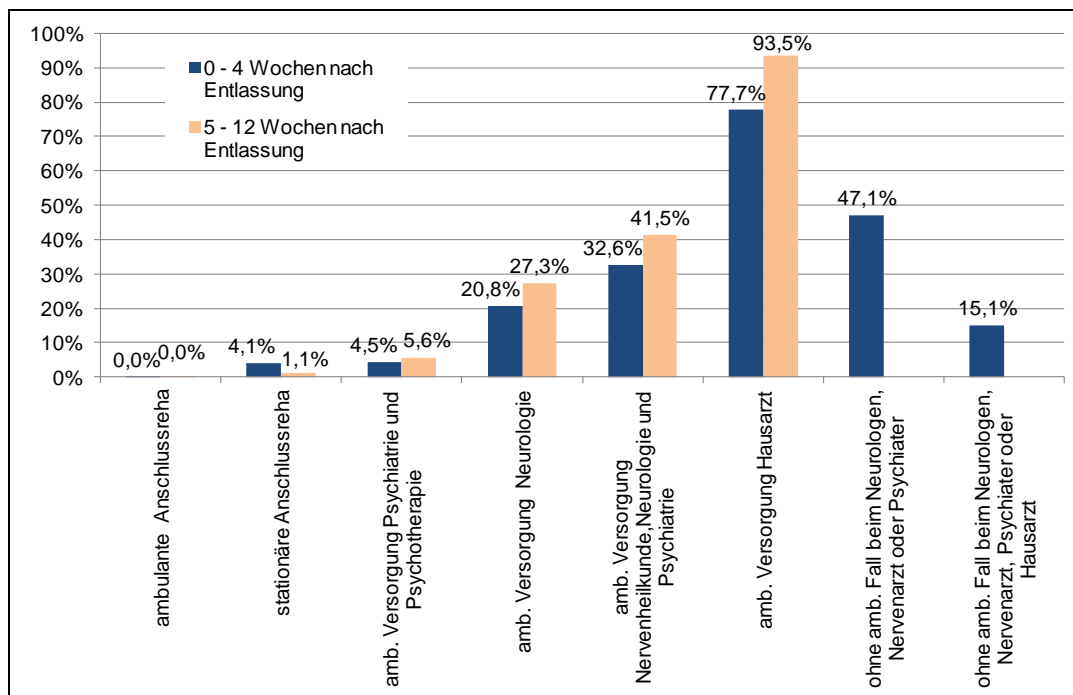
Im Folgenden werden die "Behandlungswege" von MS-Patienten in den Zeiträumen bis zu vier Wochen sowie fünf bis zwölf Wochen nach einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt dargestellt.

Im Jahr 2010 hatten 3.898 MS-Patienten einen Krankenhausaufenthalt mit MS als Hauptdiagnose, für den ein Zeitraum von vier Wochen nach der Entlassung beobachtet werden kann (d. h. die Krankenhauserkrankung war zwischen Januar und November 2010). Rund 78 % dieser MS-Patienten (n = 3.028) wurden vier Wochen nach der Krankenhauserkrankung ambulant durch Hausärzte behandelt, rund 33 % (n = 1.271) durch Fachärzte für Nervenheilkunde und rund 21 % (n = 809) durch Neurologen (Abbildung 13).

Für 3.436 MS-Patienten konnte der längere Zeitraum von fünf bis zwölf Wochen nach einer Krankenhauserkrankung beobachtet werden. In diesem Zeitraum erhöhten sich – im Vergleich zu dem Zeitraum von bis zu vier Wochen nach der Krankenhauserkrankung – die Anteile der Inanspruchnahme bei allen Leistungserbringern – mit Ausnahme der stationären An-

schlussrehabilitation. Insbesondere der Anteil der MS-Patienten, die von einem Hausarzt behandelt wurden, stieg von 77,7 % auf 93,5 %.

Abbildung 13: Verteilung der MS-Patienten nach Behandlungssektor vier bzw. fünf bis zwölf Wochen nach einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Fast die Hälfte (47,1 %) aller MS-Patienten mit mindestens einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt wurde im Zeitraum von vier Wochen nach der Krankenhausentlassung nicht von einem niedergelassenen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater weiter betreut<sup>15</sup>, 15,1 % der MS-Patienten hatten in diesem Zeitraum gar keine ambulante vertragsärztliche, d. h. auch keine hausärztliche, Betreuung.

Zwischen den Bundesländern unterscheiden sich die Anteile der Patienten, die nach einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt keine ambulante vertragsärztliche Betreuung der hier betrachteten Fachgruppen erhielten, z. T. deutlich. In Hessen (58,2 %), Bayern (56,1 %), Thüringen (54,1 %), Baden-

<sup>15</sup> Der Arztkontakt wird unterstellt, wenn der Zeitpunkt des "Behandlungsbegins", einer Arzneimittelverordnung oder der Abrechnung einer Gebührenordnungsposition in einen Zeitraum von vier Wochen nach dem Entlassungsdatum fällt. Allerdings sind auch Arztkontakte möglich, die keine der o.a. Dokumentationen nach sich ziehen. Daher wird der Anteil MS-Patienten ohne Arztkontakt tendenziell überschätzt.

Württemberg (52,9 %) und Brandenburg (51,7 %) wurde jeweils bei mehr als die Hälfte aller aus dem Krankenhaus entlassenen MS-Patienten im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung kein Kontakt mit einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater dokumentiert. In Hamburg waren es hingegen nur 31 % im Jahr 2010.

Zwischen dem Anteil der MS-Patienten ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt und der regionalen Facharztichte besteht ein negativer Zusammenhang: Dort wo mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner praktizieren, ist der Anteil ohne Facharztbehandlung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt niedriger (Pearson-Korrelationskoeffizient  $-0,672$ ). So kamen 1.341 (bzw. 73 %) der 1.829 MS-Patienten ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach ihrer Krankenhauserkrankung aus Kreisen und kreisfreien Städten mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl an Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern je 100.000 Einwohner.

#### **4.5.2 Krankenhaus-Wiederaufnahmen**

Im Zeitraum 2009 bis 2010 wurden insgesamt 6.212 MS-Patienten mindestens einmal stationär mit MS als Hauptdiagnose behandelt. Es wurde untersucht, welcher Zeitraum zwischen der Krankenhauserkrankung dieser Patienten und einer eventuellen Wiederaufnahme in ein Krankenhaus lag und welcher Anteil der MS-Patienten davon betroffen war.

Dabei wurde für die MS-Patienten jeweils der erste Krankenhausaufenthalt (Index-Krankensfall) im Betrachtungszeitraum und anschließend der Zeitraum von 90 Tagen nach der Entlassung betrachtet. Es wurden nur Wiederaufnahmen mit MS als Hauptdiagnose in die Analyse einbezogen. Des Weiteren wurden nur Wiederaufnahmen gezählt, die nicht am selben Tag wie die Entlassung stattfanden. D. h. Patienten, bei denen das Wiederaufnahmedatum dem Entlassungsdatum entsprach (z. B. wegen einer Verlegung in eine andere Klinik), wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

Die Wiederaufnahmeraten wurden differenziert für Patienten mit und Patienten ohne Fach- bzw. Hausarztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach der Entlassung ausgewertet. Die Ergebnisse sind im Folgenden in sog. Kaplan-Meier-Kurven dargestellt, die den Anteil der MS-Patienten mit MS-bedingten Wiederaufnahmen – differenziert nach Anzahl der Tage seit der Entlassung – zeigen.

Nicht alle MS-Patienten mit mindestens einem MS-bedingten stationären Aufenthalt lassen sich innerhalb eines abgegrenzten Betrachtungszeitraums über einen Zeitraum von 90 Tagen nach Entlassung beobachten. Beispielsweise können MS-Patienten mit einer Entlassung am 20.12.2010 nur bis

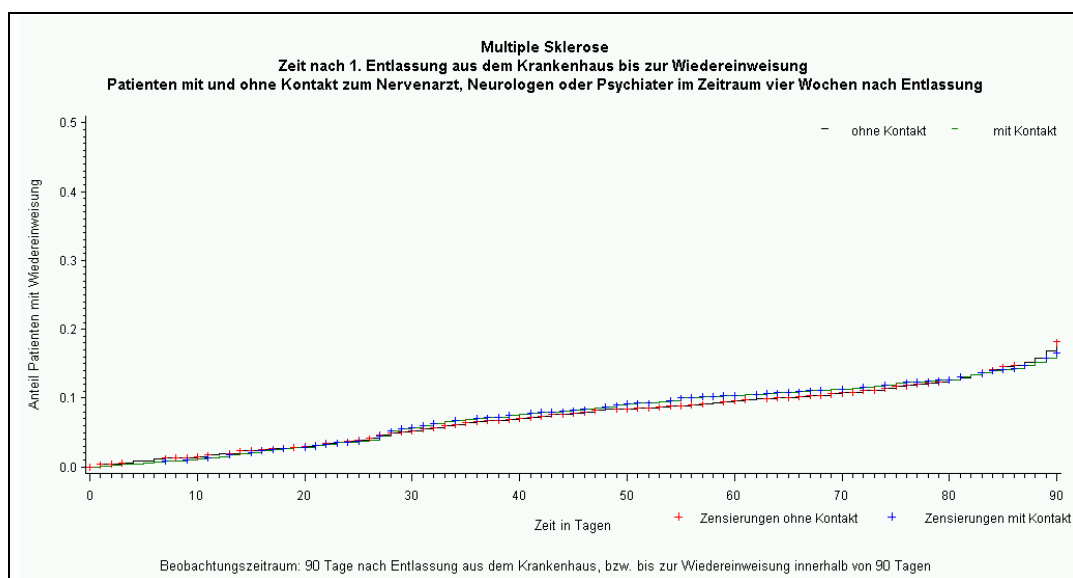


zum 31.12.2010 beobachtet werden, da dann der Analysezeitraum endet. Diese Patienten werden mit dem Zeitraum in die Analyse einbezogen, für den Informationen über sie zur Verfügung stehen (für die Anzahl der Tage bis zum 31.12.2010) - danach werden sie "zensiert", also aus der Analyse entfernt. Die roten bzw. blauen Striche in den folgenden Grafiken markieren die Zensierungen. Alle Fälle, bei denen nach 90 Tagen keine MS-bedingte Wiederaufnahme festgestellt werden kann, werden ebenfalls zensiert.

Von den 6.212 MS-Patienten mit mindestens einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt konnte für 53 % der Patienten kein Kontakt mit einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung festgestellt werden.

Etwa 5,4 % der MS-Patienten wurden bereits innerhalb von 30 Tagen nach ihrem Krankenhausaufenthalt wegen ihrer MS-Erkrankung erneut stationär aufgenommen. Nach zwei Monaten waren es rd. 10 %, nach drei Monaten rd. 17 % der MS-Patienten. Die Wiederaufnahmeraten für MS-Patienten mit und ohne Kontakt zu einem Facharzt im Zeitraum von 30 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus sind vergleichbar hoch (Abbildung 14). Innerhalb der ersten 30 Tage nach Entlassung werden 5,3 % der MS-Patienten ohne Facharztkontakt und 5,7 % der MS-Patienten mit Facharztkontakt wieder in ein Krankenhaus aufgenommen (9,6 % bzw. 10,4 % nach 60 Tagen; 18,1 % bzw. 16,5 % nach 90 Tagen).

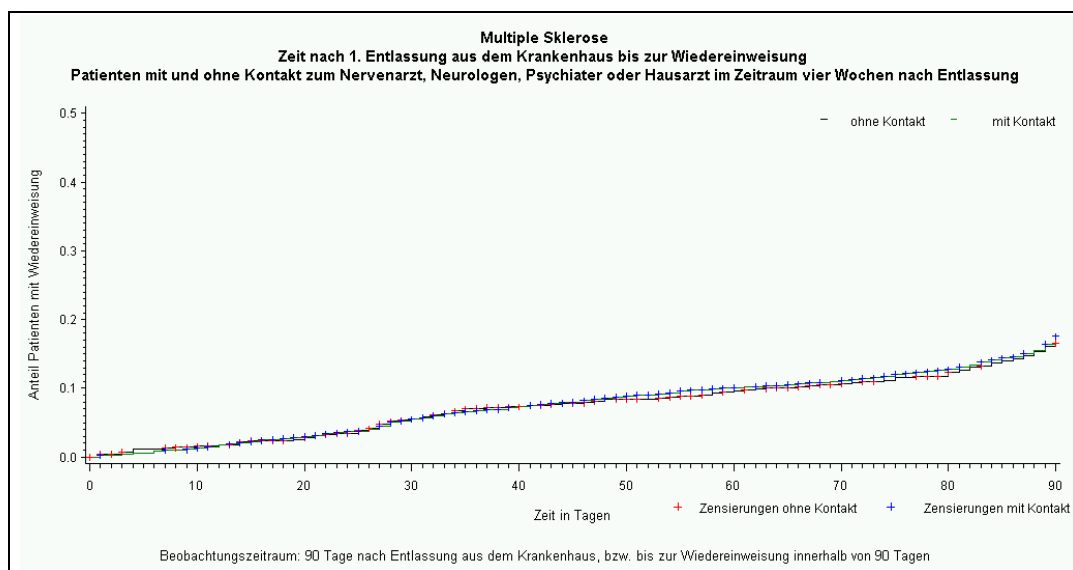
Abbildung 14: Anteil der MS-Patienten mit MS-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus, differenziert nach Patienten mit und ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung, 2009-2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Ähnlich gering ist der Unterschied der Wiederaufnahmeraten zwischen den MS-Patienten mit Hausarzt- oder Facharztkontakt (Neurologe, Nervenarzt oder Psychiater) einerseits und MS-Patienten ohne jegliche ambulante vertragsärztliche Betreuung im Zeitraum der ersten vier Wochen nach der Entlassung andererseits (Abbildung 15). So liegt die Wiederaufnahmerate bei beiden Gruppen innerhalb der ersten 30 Tage nach Entlassung bei 5,5 % und unterscheidet sich auch nach 60 bzw. 90 Tagen nach Entlassung kaum: 9,7 % der MS-Patienten ohne Kontakt zum Neurologen, Nervenarzt, Psychiater oder Hausarzt innerhalb von vier Wochen nach Entlassung und 10,1 % der MS-Patienten mit Kontakt zu einer dieser Fachgruppen wurden im Zeitraum von 60 Tagen nach Entlassung wieder aufgenommen; nach 90 Tagen waren es 16,6 % bzw. 17,6 %.

Abbildung 15: Anteil der MS-Patienten mit MS-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus, differenziert nach Patienten mit und ohne Fach- bzw. Hausarztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung, 2009-2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

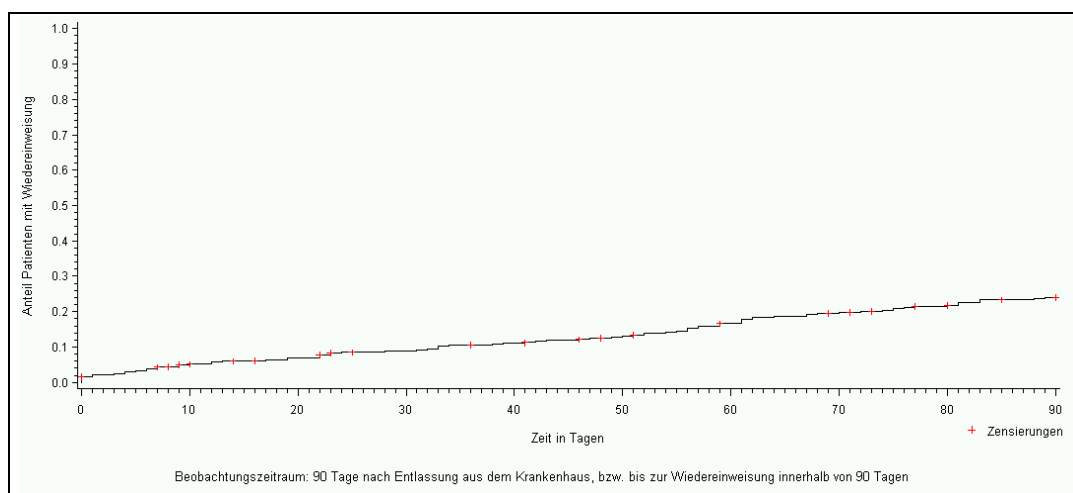
Für eine Interpretation der Häufigkeiten einer stationären Wiederaufnahme sind die jeweiligen therapeutischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die sich indikationsspezifisch stark voneinander unterscheiden können. Bei der Behandlung der MS dürften insbesondere geplante Infusionen für die Wiederaufnahmehäufigkeit von großer Bedeutung sein.

### 4.5.3 Krankenhausaufnahmen nach einer Rehabilitationsbehandlung

Einige MS-Patienten wurden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in einer stationären Rehabilitationseinrichtung weiter behandelt und betreut. Im Zeitraum 2008 bis 2010 hatten 487 MS-Patienten mindestens eine stationäre Rehabilitationsbehandlung.

Analog zur vorigen Auswertung wurden auch für die stationäre Wiederaufnahme nach einer Entlassung aus der stationären Rehabilitationsbehandlung der Zeitraum und der Anteil hiervon betroffener MS-Patienten ermittelt. Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Entlassung aus einer stationären Rehabilitation wurden 5,1 % der MS-Patienten wegen ihrer Erkrankung wieder in ein Krankenhaus aufgenommen (Abbildung 16). Nach 30 Tagen lag die Wiederaufnahmerate bei rund 9 %, nach 60 Tagen bei rund 17 % und innerhalb von 90 Tagen bei rund 24 %.

Abbildung 16: Anteil der MS-Patienten mit MS-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit Entlassung aus der Rehabilitation, 2008-2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

### 4.5.4 Behandlung nach Erstmanifestation

Als MS-Patienten mit Erstmanifestation wurden alle MS-Patienten definiert, für die nur im Zeitraum 2009 bis 2010 eine MS-Diagnose dokumentiert ist, für das Jahr 2008 jedoch (noch) keine. Dabei spielte es keine Rolle, in welchem Versorgungsbereich die MS-Diagnose dokumentiert wurde (ambulant, stationär, Rehabilitation oder im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeit).

Anhand dieser Abgrenzung wurden 5.816 Patienten identifiziert, bei denen im Zeitraum 2009 bis 2010 erstmals eine MS-Diagnose dokumentiert wur-

de. Die meisten dieser Patienten erhielten ihre Erstdiagnose im ambulanten vertragsärztlichen Bereich (68 %), bei rund einem Viertel wurde die MS erstmals im Krankenhaus (als Haupt- oder Nebendiagnose) dokumentiert (24 %). Weitere 8 % der Erstmanifestationen im Betrachtungszeitraum wurden im Rahmen der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit dokumentiert. Wurde die MS-Diagnose erstmals im ambulanten Sektor dokumentiert, so geschah dies in 89 % der Fälle bei einem Vertragsarzt für Neurologie oder Nervenheilkunde und in nur 6 % der Fälle beim Hausarzt (5 % bei anderen ärztlichen Fachgruppen).

Innerhalb der sechs Wochen unmittelbar nach der Erstdiagnose wurde rund die Hälfte (54 %) aller MS-Patienten mit Erstmanifestation durch einen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater behandelt.<sup>16</sup> Dabei war dieser Anteilswert in den ostdeutschen Bundesländern deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt (z. B. 37 % in Brandenburg, 42 % in Thüringen) (Tabelle 16). Auch war die durchschnittliche Dauer zwischen dem Datum der Erstdiagnose und einem weiteren Kontakt mit einem niedergelassenen Facharzt in den ostdeutschen Bundesländern (mit Ausnahme von Sachsen) deutlich länger (durchschnittlich 20 Tage in Mecklenburg-Vorpommern und 17,2 Tage in Brandenburg) als im Bundesdurchschnitt (14,4 Tage).

Dabei bestand ein Zusammenhang zwischen dem Anteil der MS-Patienten mit Facharztkontakt im Zeitraum von sechs Wochen nach der Erstdiagnose sowie der Anzahl der Tage bis zum ersten Kontakt einerseits und der regionalen Arztdichte der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater in einem Bundesland andererseits: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in einem Bundesland, desto höher war der Anteil der MS-Patienten mit Facharztkontakt innerhalb von sechs Wochen nach der Erstdiagnose (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,600) und desto kürzer war die durchschnittliche Anzahl der Tage bis zum ersten Facharztkontakt (-0,119).

Von den 5.816 Patienten mit Erstdiagnose MS im Zeitraum 1.1.2009 bis 15.11.2010 wurden rund 16 % in den ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose gar nicht ärztlich betreut, weder von einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, noch von einem Hausarzt oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts (im Krankenhaus / in einer Rehabilitationseinrichtung) (Tabelle 16).

---

<sup>16</sup> Der Arztkontakt wird unterstellt, wenn der Zeitpunkt des "Behandlungsbeginns", einer Arzneimittelverordnung oder der Abrechnung einer Gebührenordnungsposition in einen Zeitraum von sechs Wochen nach der Erstdiagnose fällt. Allerdings sind auch Arztkontakte möglich, die keine der o.a. Dokumentationen nach sich ziehen. Daher wird der Anteil MS-Patienten ohne Arztkontakt tendenziell überschätzt.

Tabelle 16: Behandlungen nach Erstdiagnose: Arztkontakte von MS-Patienten im Zeitraum von 6 Wochen nach Erstdiagnose nach Bundesländern, 2009-2010

	Anzahl Erstmanifestationen	MS-Patienten mit Facharzt- kontakt innerhalb von 6 Wochen		Dauer bis Facharztkontakt Tage	MS-Patienten ohne Arztkontakt* innerhalb von 6 Wochen	
		Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Schleswig-Holstein	283	158	56%	15,71	40	14,1%
Hamburg	126	80	63%	13,55	20	15,9%
Niedersachsen	506	265	52%	14,37	76	15,0%
Bremen	28	17	61%	14,47	7	25,0%
Nordrhein-Westfalen	1.553	870	56%	14,46	260	16,7%
Hessen	587	282	48%	16,69	109	18,6%
Rheinland-Pfalz	340	189	56%	12,78	41	12,1%
Baden-Württemberg	602	362	60%	12,53	83	13,8%
Bayern	761	434	57%	13,18	113	14,9%
Saarland	96	51	53%	13,55	16	16,7%
Berlin	214	125	58%	16,58	38	17,8%
Brandenburg	192	71	37%	17,20	35	18,2%
Mecklenburg-Vorpommern	75	32	43%	20,00	20	26,7%
Sachsen	142	63	44%	12,29	26	18,3%
Sachsen-Anhalt	153	73	48%	15,15	28	18,3%
Thüringen	113	48	42%	16,60	16	14,2%
<b>insgesamt</b>	<b>5.816</b>	<b>3.145</b>	<b>54%</b>	<b>14,38</b>	<b>928</b>	<b>16,0%</b>

Quelle: IGES

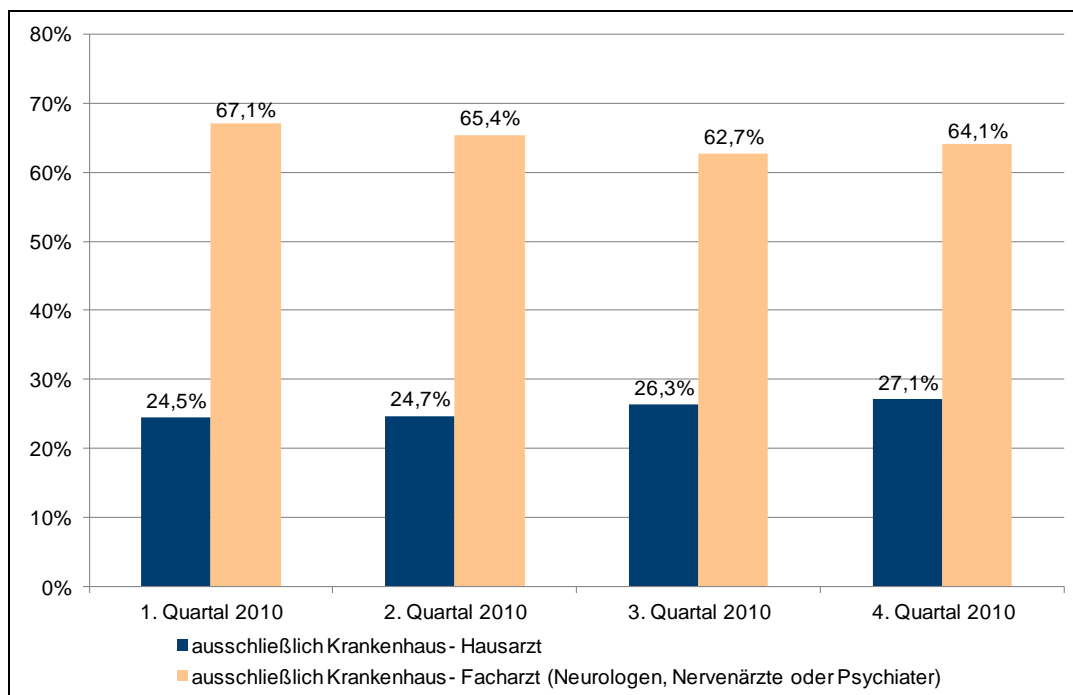
Anmerkung: \*ohne dokumentierten Kontakt beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, Hausarzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung

Besonders hoch war der Anteil der MS-Patienten ohne ärztliche Betreuung innerhalb der ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose in Mecklenburg-Vorpommern (26,7 %), besonders niedrig in Rheinland-Pfalz (12,1 %).

#### 4.5.5 Leistungserbringer-Konstellationen

Rund ein Viertel der MS-Patienten mit mindestens einem MS-bedingten Krankenhausaufenthalt erhielt im jeweiligen Quartal mindestens eine MS-bezogene Diagnose in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich von einem Hausarzt (Abbildung 17).

Abbildung 17: Häufigkeit unterschiedlicher Leistungserbringer-Konstellationen in der Versorgung von MS-Patienten innerhalb eines Quartals, 1.-4. Quartal 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Das bedeutet, dass in diesen Fällen die fachärztlichen Behandlungsanteile vollständig durch Krankenhäuser erbracht wurden. Zwischen 62,7 % und 67,1 % der MS-Patienten mit mind. einem MS-bedingten Krankenhausauf-

enthalt erhalten dagegen ambulante vertragsärztliche Leistungen ausschließlich von einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Als ausschließlich fachärztlich behandelt werden hier MS-Patienten gezählt, bei denen ein Facharzt der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie die MS-Erkrankung behandelt. Diese MS-Patienten können zwar auch von einem Hausarzt behandelt worden sein, aber nicht in der Hauptsache wegen ihrer MS-Erkrankung. Für die Datenauswertung wurden diese MS-Patienten durch das Kriterium abgegrenzt, dass für sie keine MS-spezifischen Arzneimittelverordnungen von einem Hausarzt dokumentiert sind.

## 5 Versorgung von Patienten mit Demenz

### 5.1 Ergebnisse im Überblick

#### *Anteil der Demenz-Patienten stark gestiegen*

Im Jahr 2010 gab es unter den Versicherten der BARMER GEK rund 130.950 Demenz-Patienten, dies entsprach einem Anteil von 1,5 %. Die Demenz-Prävalenz war damit unter den BARMER GEK-Versicherten im Vergleich zu aktuellen Schätzungen für die Gesamtbevölkerung Deutschlands leicht unterdurchschnittlich (1,7 %). Die Zahl der Demenz-Patienten unter den BARMER GEK-Versicherten ist im Zeitraum 2008 bis 2010 um rund 46 % gestiegen. Diese Zunahme deckt sich mit dem bundesweiten Trend, nach dem insgesamt mit rund 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr bzw. einer Steigerung der Anzahl der Demenz-Patienten um rund 20 % (bezogen auf die Anzahl der Demenzkranken im Jahr 2010) gerechnet werden muss.

Mehr als zwei Drittel der Demenz-Patienten waren Frauen. Diese Geschlechterverteilung entspricht der aller Demenzkranken in Deutschland. Fast alle Demenz-Patienten waren älter als 60 Jahre (96 %) und nur rund 1 % jünger als 40 Jahre. Im Jahr 2010 lag das Durchschnittsalter eines Demenz-Patienten bei 80,6 Jahren. Unter den verschiedenen Formen der diagnostizierten Demenz war die nicht näher bezeichnete Demenz am häufigsten, gefolgt von der Demenz bei Alzheimer (rd. ein Drittel der Patienten).

Die Auswertung der Diagnosen ergab folgende Auffälligkeiten: Etwa 3 % der Demenz-Patienten wurde im Jahr 2010 ein Demenz-spezifisches Medikament verordnet, ohne dass für sie in den entsprechenden Jahren eine Demenz-Diagnose dokumentiert war. In einigen Fällen wurden an einem Tag zwei oder mehr Diagnosekodes aus verschiedenen Diagnose-Untergruppen dokumentiert. Am häufigsten wurde dabei die Demenz bei Alzheimer zusammen mit vaskulärer Demenz dokumentiert. Neben möglichen Mängeln der Diagnosedokumentation kann es hierfür aber auch medizinische Gründe geben.

#### *Erwerbsminderung und Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Altersstruktur der Demenzpatienten relativ selten*

Von allen Demenz-Patienten im erwerbsfähigen Alter in der Analysepopulation erhielten im Jahr 2010 rund 46,6 % eine Erwerbsminderungsrente. Zum Vergleich: In der Gesamtbevölkerung lag der entsprechende Anteil bei lediglich 2,9 %. Der hohe Anteilswert relativiert sich deutlich, wenn man



den geringen Anteil der Patienten im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) an allen Demenzkranken berücksichtigt (6,3 % im Jahr 2010). Bezogen auf alle Demenz-Patienten lag der Anteil derjenigen mit einer Erwerbsminderungsrente lediglich bei knapp 3 %.

Eine Phase der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Demenz-Diagnose war – aufgrund der Altersstruktur der Patienten erwartungsgemäß – sowohl absolut als auch relativ betrachtet selten und betraf nur 0,1 % aller Demenz-Patienten bzw. rund 1 % der Demenz-Patienten im erwerbsfähigen Alter.

#### *Schwerpunkt der Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte*

Fast alle Demenz-Patienten wurden ambulant vertragsärztlich versorgt. Dabei waren im Jahr 2010 bei 42,3 % der 130.914 Demenz-Patienten Vertragsärzte der hier betrachteten Fachgruppen (Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie) an der Versorgung beteiligt. Weniger als ein Viertel (23 %) der Demenz-Patienten wurde ambulant ausschließlich durch Vertragsärzte dieser Fachgruppen betreut. Im regionalen Vergleich der Städte und Landkreise zeigen sich jedoch deutliche Abweichungen, für die teilweise ein Zusammenhang mit der regionalen Arztdichte für die Fachgebiete Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie feststellbar ist: Je mehr Ärzte dieser Fachgruppen je 100.000 Einwohner, desto mehr Demenz-Patienten wurden auch ausschließlich durch Neurologen, Nervenärzte und Psychiater versorgt. Der Anteil der Demenz-Patienten, die im Jahr 2010 ambulant ausschließlich hausärztlich versorgt wurden, betrug insgesamt 5,4 %, wobei der Anteil in den ostdeutschen Bundesländern deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, in den süddeutschen Bundesländern Rheinland-Pfalz, Bayern und Baden-Württemberg über dem Durchschnitt lag (7,3 %, 7,2 % bzw. 6,9 %). Von den 5,4 % der Demenz-Patienten mit ausschließlich hausärztlicher Versorgung im Jahr 2010 erhielt rund die Hälfte keine demenz-spezifische Arzneimittelverordnung.

Insgesamt und auch je Patient wurden von den Hausärzten, die demenz-spezifische Arzneimittel verordneten, mehr Punkte für die Behandlung von Demenz-Patienten abgerechnet als von Fachärzten (rund 58 % aller Punkte und fast 47 % mehr Punkte je Patient).

Im gesamten Zeitraum 2008 bis 2010 erhielten rund 22 % der Demenz-Patienten kein demenz-typisches Arzneimittel. Am häufigsten erhielten Demenz-Patienten Verordnungen von Neuroleptika, Antidepressiva oder ein Arzneimittel aus der Gruppe der Hypnotika und Sedativa. Letztere wurden zum überwiegenden Teil von Hausärzten verordnet, während bei den demenz-spezifischen Arzneimitteln mengenbezogen mehr durch Fach- als durch Hausärzte verordnet wurde.

*Stationäre Behandlung von Demenz relativ selten*

Der Anteil der Demenz-Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt mit Hauptdiagnose Demenz war mit rund 7 % gering. Zwischen den Bundesländern variierten die entsprechenden Anteile jedoch: In Bremen wurden Demenz-Patienten am häufigsten aufgrund einer Demenz-Hauptdiagnose im Krankenhaus behandelt (11,4 %), in Niedersachsen am seltensten (5,1 %). Eine Auswertung auf der kleinräumigen Ebene der Städte und Landkreise zeigt: Je mehr Nervenärzte, Neurologen und Psychiater, Fachinternisten und Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren, desto niedriger war auch der Anteil der Patienten mit einem demenz-bedingten Krankenhausaufenthalt.

Von den 9.604 demenz-bedingten Krankenhausfällen im Jahr 2010 wurden 44,5 % in einer Fachabteilung der Allgemeinen Psychiatrie behandelt, gefolgt von den Fachabteilungen der Neurologie (26,1 %) und der Geriatrie (15,2 %). Gut ein Drittel (36 %) dieser Krankenausfälle wurden von einem Hausarzt in ein Krankenhaus eingewiesen und rund 10 % von einem Facharzt für Nervenheilkunde. Bei einem großen Anteil von 44 % der demenz-bedingten Krankenhausfälle wurde keine einweisende Fachgruppe vermerkt, entweder weil diese Angabe unbekannt war oder weil der Patient ohne Einweisung (z. B. über die Rettungsstellen oder Notfallstationen der Krankenhäuser) stationär aufgenommen wurde.

Bei den Demenz-Patienten nahmen nur 33 Personen im Jahr 2010 eine stationäre Anschlussrehabilitation aufgrund einer demenz-spezifischen Hauptdiagnose in Anspruch – das entsprach einem Anteil von 0,03 % aller Demenz-Patienten. Kein Demenz-Patient erhielt im Jahr 2010 eine ambulante Anschlussrehabilitation.

*Demenz-Behandlung in PIA bei insgesamt weniger als 6 % der Patienten, aber deutliche regionale Unterschiede*

Im 1. Halbjahr 2012 wurden 5,6 % der Demenz-Patienten mindestens einmal in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) wegen ihrer Demenz-Erkrankung behandelt. Diese Demenz-Patienten verursachten durchschnittlich 1,7 Behandlungsfälle im betrachteten Halbjahr. Regional zeigen sich jedoch ausgeprägte Abweichungen von der durchschnittlichen Häufigkeit der PIA-Behandlungen. Während der Anteil der Patienten mit demenz-bedingten PIA-Behandlungen in Hessen (11 %), Nordrhein (9,2 %) und Rheinland-Pfalz (7,7 %) deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt lag, betrug der Anteil im Saarland nur 1,3 %, in Hamburg und Niedersachsen sogar nur 1 %.

### *Mehr als jeder zweite Demenz-Patient pflegebedürftig*

Mehr als die Hälfte der Demenz-Patienten hatten im Jahr 2010 einen Pflegebedarf im Sinne einer Pflegestufe und erhielten Pflegeleistungen nach dem SGB XI. Der Anteil der Demenz-Patienten mit einer Pflegestufe ist zudem stark gestiegen: Während im Jahr 2008 noch 47 % als pflegebedürftig eingestuft wurden, waren es im Jahr 2010 bereits 57,5 % aller Demenz-Patienten. Der Anteil der Demenz-Patienten mit Schwerstpflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 lag im Jahr 2010 bei 12,7 % und damit deutlich über dem Anteil aller Versicherten in der Sozialen Pflegeversicherung mit dieser Pflegestufe (0,4 %). Die pflegebedürftigen Demenz-Patienten erhielten überwiegend (41 %) stationäre Pflegeleistungen, während professionelle ambulante Pflegeleistungen bei 20,7 % der pflegebedürftigen Demenz-Patienten erbracht wurden und 16,8 % der Patienten Leistungen mit Pflegegeld finanzierten.

### *Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen*

Unterscheidet man die vier Sektoren ambulant, stationär, Pflege und Rehabilitation sowie innerhalb des ambulanten Sektors die Versorgungsbereiche Hausarzt, Facharzt und Arzneimittel, so zeigt sich: Im Zeitraum 2008 bis 2010 umfasste die Behandlung von rd. drei Viertel der Demenz-Patienten Leistungen aus mindestens drei verschiedenen Versorgungsbereichen, bei 40 % der Demenz-Patienten mindestens vier Versorgungsbereiche. Rund ein Drittel der Demenz-Patienten wurden im gesamten Dreijahreszeitraum ausschließlich innerhalb des ambulanten vertragsärztlichen Sektors behandelt (31,5 %). Häufig wurden Leistungen im ambulanten vertragsärztlichen Sektor mit Pflegeleistungen kombiniert (bei 54 % der Demenz-Patienten). Die Fachärzte der relevanten Fachgruppen waren nur an der Behandlung von etwas mehr als der Hälfte der Demenz-Patienten (57 %) zumindest einmal in dem betrachteten Zeitraum beteiligt. Bei 27,5 % der Demenz-Patienten wurde die ambulante vertragsärztliche und medikamentöse Behandlung in den drei Jahren ohne Beteiligung von Fachärzten der relevanten Fachgruppen durchgeführt.

Eine Sonderauswertung für den Zeitraum 1. Halbjahr 2012 zeigt für die Demenz-Patienten mit PIA-Behandlung, dass fast alle von ihnen in demselben Zeitraum zusätzlich auch hausärztlich versorgt wurden und 11,5 % fachärztlich. Generell sollen jedoch Demenz-Patienten nicht in einer PIA behandelt werden, wenn gleichzeitig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung durch Vertragsärzte stattfindet. Fast drei Viertel der Demenz-Patienten bezogen neben der PIA zusätzlich Versorgungsleistungen aus drei oder mehr Bereichen. Jeweils über 80 % der Demenz-Patienten mit PIA-Behandlung erhielten in demselben Zeitraum demenz-typische Arzneimittelverordnungen oder Pflegeleistungen, rd. 70 % beides. Am häufigs-

ten war die Kombination von PIA mit hausärztlicher Versorgung zusammen mit Arzneimitteln oder Pflege oder beidem (knapp 83 %).

#### *Behandlung nach Erstmanifestation*

Die Patienten, bei denen im Zeitraum 2009 bis 2010 erstmals eine Demenz-Diagnose dokumentiert wurde, erhielten ihre Erstdiagnose fast ausschließlich im vertragsambulanten Bereich (96 %), und dort vor allem von Hausärzten (66 %) oder Neurologen, Nervenärzten oder Psychiatern (20 %).

Innerhalb der sechs Wochen unmittelbar nach der Erstdiagnose wurde rund ein Viertel (25,3 %) aller Demenz-Patienten mit neu gestellter Diagnose durch einen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater behandelt. Dabei war der Anteil in den großen Flächenländern Hessen (21,6 %), Bayern (22,3 %) und Niedersachsen (22,9 %) niedriger, während er im Saarland (34,2 %), in Berlin (29,1 %) und in Hamburg (28,4 %) über dem Bundesdurchschnitt lag. Dabei zeigte sich: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in einem Bundesland praktizierten, desto höher war der Anteil der Demenz-Patienten mit Facharztkontakt innerhalb von sechs Wochen nach der Erstdiagnose. Im Saarland war auch die durchschnittliche Dauer zwischen dem Datum der Erstdiagnose und einem weiteren Kontakt mit einem niedergelassenen Facharzt (13,7 Tage) deutlich kürzer als im Bundesdurchschnitt (17,3 Tage). Ein signifikanter Zusammenhang der durchschnittlichen Anzahl der Tage bis zum ersten Facharztkontakt und der Facharztdichte lässt sich allerdings nicht feststellen.

Insgesamt rund 12 % der Demenz-Patienten wurden in den ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose weder von einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, noch von einem Hausarzt oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts (im Krankenhaus / in einer Rehabilitationseinrichtung) ärztlich betreut. Regional höher war der Anteil der Demenz-Patienten ohne ärztliche Betreuung innerhalb der ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose in Brandenburg (15,0 %) und Thüringen (14,4 %), niedriger in Schleswig-Holstein (10,3 %).

#### *Zusammenwirken Krankenhaus, Hausarzt und Facharzt*

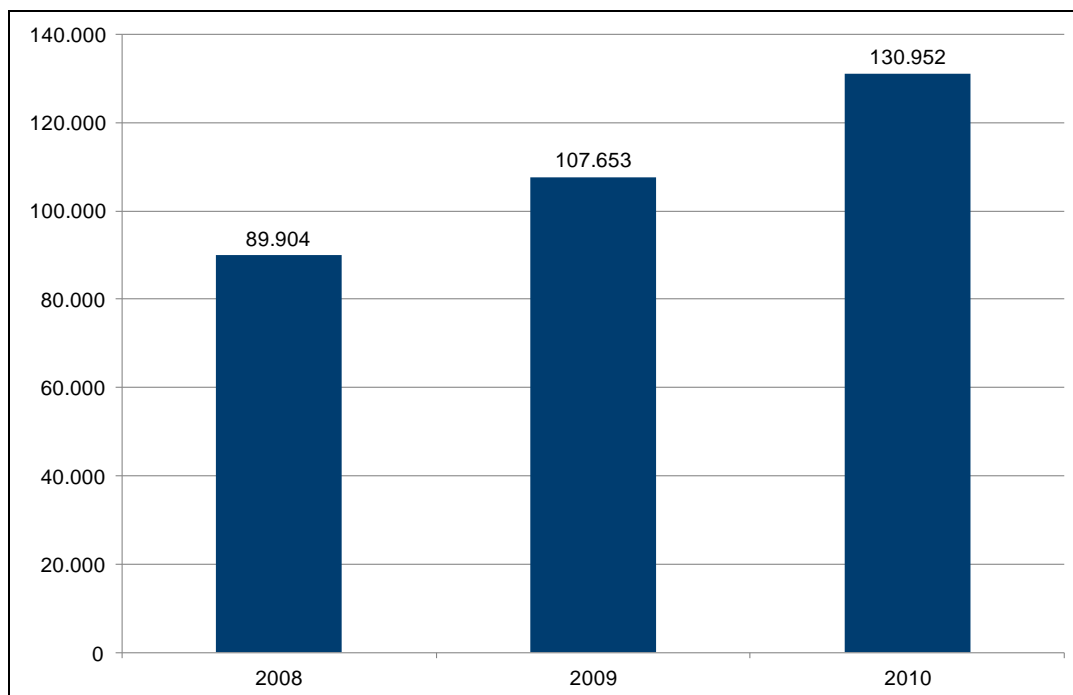
Rund ein Drittel der Demenz-Patienten mit demenz-bedingten Krankenhausaufenthalten wurde im gleichen Quartal ambulant vertragsärztlich ausschließlich durch Hausärzte betreut. Das bedeutet, dass in diesen Fällen die fachärztlichen Behandlungsanteile vollständig durch Krankenhäuser erbracht wurden.

## 5.2 Beschreibung der Patientengruppe

### 5.2.1 Anzahl und Versichertenanteil, Alter und Geschlecht, regionale Verteilung, Diagnose-Untergruppen

Im Jahr 2010 wurde bei 130.952 Versicherten der BARMER GEK eine Demenz-Diagnose dokumentiert oder ein demenz-spezifisches Arzneimittel verordnet (Tabelle 23). Im Vergleich zum Jahr 2008 lag die Anzahl Demenz-Patienten im Jahr 2010 um rund 45,7 % höher. Damit ist die Zahl der Demenz-Patienten im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich stärker gestiegen als die Anzahl der Versicherten der BARMER GEK insgesamt (+0,75 %), so dass der Anteil der Demenz-Patienten entsprechend von 1,27 % auf 1,52 % zunahm.

Abbildung 18: Anzahl der Demenz-Patienten (Grundgesamtheit), 2008-2010



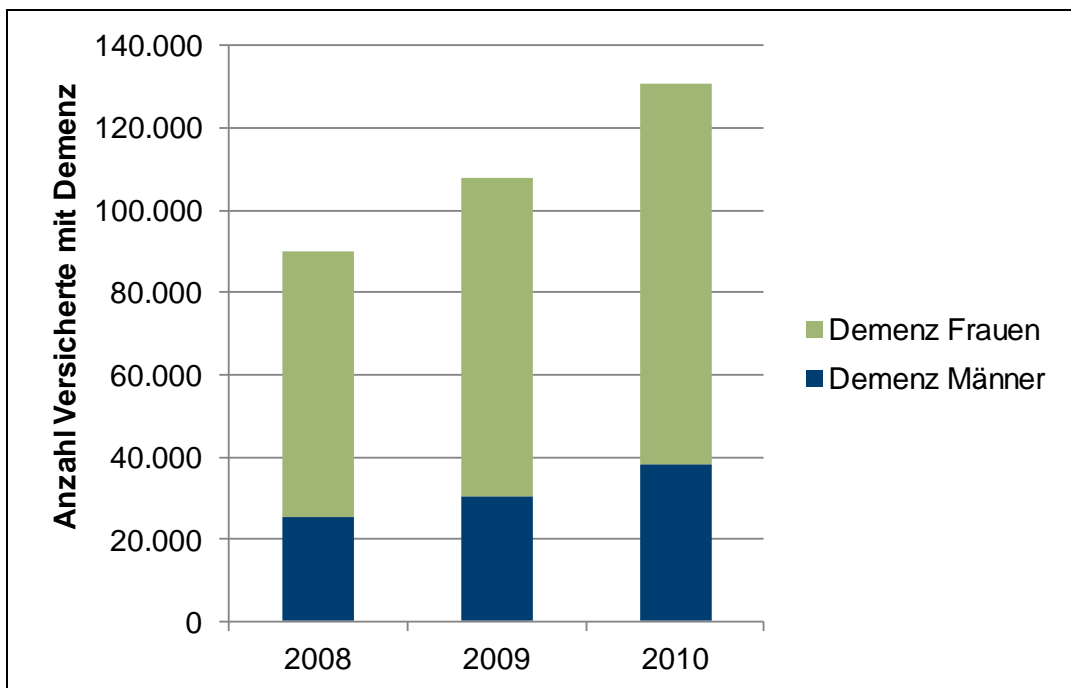
Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Mehr als zwei Drittel der Demenz Patienten in allen drei betrachteten Jahren waren Frauen, wobei sich das Geschlechterverhältnis im Zeitverlauf kaum änderte (Abbildung 19). Diese Geschlechterverteilung entspricht der

aller Demenzkranken in Deutschland<sup>18</sup> und ist vor allem auf die unterschiedliche Lebenserwartung von Männern und Frauen zurückzuführen: Frauen sind in den höheren Altersgruppen, in denen das Krankheitsrisiko für Demenz besonders hoch ist, deutlich zahlreicher vertreten als Männer.

Es ist zu berücksichtigen, dass der Frauenanteil unter den Versicherten der BARMER GEK überproportional hoch ist. Im Jahr 2010 waren 58,8 % der Versicherten weiblich und 41,2 % männlich. Bezieht man die Anzahl der Demenz-Patienten im Jahr 2010 auf die Anzahl der BARMER GEK-Versicherten differenziert nach Geschlecht, ergibt sich für Frauen eine Prävalenz von 1,84 % und für Männer von 1,08 %. Entspräche das Geschlechterverhältnis unter den BARMER GEK-Versicherten dem der Gesamtbevölkerung in Deutschland (2010: 50,9 % Frauen, 49,1 % Männer), so wäre – bei identischen geschlechtsspezifischen Prävalenzen – die Gesamtprävalenz der BARMER GEK-Versicherten geringer gewesen (1,47 % vs. 1,52 %).

Abbildung 19: Patienten mit Demenz nach Geschlecht, 2008-2010



Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

<sup>18</sup> Vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Statistisches Informationssystem GeroStat; Alzheimer Europe 2009: 68 % Frauen und 32 % Männer unter den Demenzkranken.

Damit war der Anteil der Demenz-Patienten unter den BARMER GEK-Versicherten im Vergleich zur bundesdeutschen Demenz-Prävalenz unterdurchschnittlich. Für Deutschland insgesamt wird die Prävalenz auf rund 1,7 % der Bevölkerung geschätzt.<sup>19</sup> Der starke Anstieg der Demenz-Patienten erscheint plausibel und kann auf eine steigende Prävalenz der Demenzerkrankung aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Anzahl von älteren Menschen zurückgeführt werden. Die Inzidenz der Demenz liegt Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zufolge bei rund 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr. Das entspricht einer Zunahme von etwa 20 % pro Jahr (bezogen auf die Gesamtzahl der Demenzkranken im Jahr 2010). Die Anzahl der Demenz-Patienten unter den BARMER GEK-Versicherten erhöhte sich im Zeitraum 2008 bis 2010 vergleichbar stark um durchschnittlich knapp 21 % p.a.

Fast alle Demenz-Patienten (93 % im Jahr 2008, 94 % im Jahr 2009 und 96 % im Jahr 2010) waren älter als 60 Jahre (Tabelle 17) und nur rund 1 % jünger als 40 Jahre. Im Jahr 2008 lag das Durchschnittsalter eines Demenz-Patienten bei 78,3 Jahren, im Jahr 2010 bereits bei 80,6 Jahren.

Aufgrund der schwierigen Abgrenzung von Demenz-Erkrankungen im Kindesalter wurden bei den nachfolgenden Analysen die Gruppe der Patienten unter zehn Jahren ausgeschlossen.

---

<sup>19</sup> Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2012). Die Epidemiologie der Demenz. URL: [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01\\_2012\\_01.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf) (Zugriff 10.1.2013).

Tabelle 17: Altersstruktur der Demenz-Patienten, 2008-2010

Alter	2008		2009		2010	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
0-10	58	0,1%	42	0,0%	38	0,0%
11-20	106	0,1%	114	0,1%	102	0,1%
21-30	446	0,5%	399	0,4%	307	0,2%
31-40	662	0,7%	652	0,6%	617	0,5%
41-50	1.523	1,7%	1.494	1,4%	1.448	1,1%
51-60	3.253	3,6%	3.265	3,0%	3.385	2,6%
61-70	10.518	11,7%	10.621	9,9%	10.960	8,4%
71-80	27.525	30,6%	31.520	29,3%	36.632	28,0%
81-90	39.092	43,5%	50.095	46,5%	62.923	48,1%
91-100	6.601	7,3%	9.248	8,6%	14.141	10,8%
über 100	76	0,1%	150	0,1%	345	0,3%
ohne Angabe	44	0,0%	53	0,0%	54	0,0%
<b>Summe</b>	<b>89.904</b>	<b>100,0%</b>	<b>107.653</b>	<b>100,0%</b>	<b>130.952</b>	<b>100,0%</b>

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Die relative Häufigkeit von Demenz-Patienten unterscheidet sich regional zwischen den Bundesländern voneinander. So variiert der Anteil der Demenz-Patienten an den Versicherten der BARMER GEK zwischen minimal 0,97 % in Brandenburg und maximal 1,81 % in Bayern (Tabelle 18).



Tabelle 18: Anteil der Demenz-Patienten an allen BARMER GEK-Versicherten nach Bundesländern, 2010

<b>Bundesland</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil an Versicherten in %</b>
Baden-Württemberg	12.307	1,60%
Bayern	19.157	1,81%
Berlin	6.051	1,49%
Brandenburg	3.907	0,97%
Bremen	475	1,29%
Hamburg	2.807	1,62%
Hessen	10.678	1,52%
Mecklenburg-Vorpommern	2.507	1,09%
Niedersachsen	11.359	1,54%
Nordrhein-Westfalen	35.505	1,66%
Rheinland-Pfalz	6.749	1,55%
Saarland	1.675	1,38%
Sachsen	6.079	1,51%
Sachsen-Anhalt	3.413	1,14%
Schleswig-Holstein	5.189	1,42%
Thüringen	2.924	1,17%
Ausland	108	
ohne Angaben	62	
<b>Insgesamt</b>	<b>130.952</b>	<b>1,53%</b>

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Die Demenz-Patienten lassen sich hinsichtlich ihrer Diagnose auf Basis des ICD-10-Kodes weitergehend differenzieren. Bei der Demenz wurde für die meisten Patienten eine nicht näher bezeichnete Demenz dokumentiert, die zweithäufigste Diagnose war eine Demenz bei Alzheimer (Tabelle 19). Im Jahr 2010 erhielten 4.015 Patienten (3 %) ein demenzspezifisches Medikament, obwohl für sie keine Demenz-Diagnose dokumentiert wurde. Hierbei kann es sich sowohl um off-label use demenzspezifischer Arzneimittel handeln, aber auch um Dokumentationsmängel. Diese Patientengruppe wird im Folgenden unter der Bezeichnung "Demenz ohne Diagnose" aufgeführt.

Tabelle 19: Differenzierung der Demenz-Patienten nach Diagnose-Untergruppen, 2008-2010

	2008	2009	2010
Demenz bei Alzheimer	19.346	23.927	29.798
Vaskuläre Demenz	17.993	20.714	24.590
Demenz bei Morbus-Parkinson	1.191	1.510	2.003
Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	1.792	2.024	2.243
Lewy-Körper-Demenz	33	87	148
nicht näher bezeichnete Demenz	47.097	57.085	70.372
ohne Diagnose, mit demenz-spezifischer Arzneimittelverordnung	3.768	4.079	4.015
<b>Summe Untergruppen</b>	<b>91.220</b>	<b>109.426</b>	<b>133.169</b>
<b>Demenz-Patienten insgesamt</b>	<b>89.904</b>	<b>107.653</b>	<b>130.952</b>
Differenz	1.316	1.773	2.217

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Die Patienten wurden zu diesen Untergruppen anhand der zeitlich zuerst dokumentierten Diagnosen des jeweiligen Jahres zugeordnet. Es traten dabei Fälle auf, dass für einen Patienten an einem Tag im gleichen Jahr zwei oder mehr Diagnosekodes aus verschiedenen Untergruppen dokumentiert wurden. War davon einer der Diagnosekodes nicht näher bezeichnet, so wurde für die Analyse gemäß dem anderen Kode zugeordnet.

Dennoch traten bei den Demenz-Untergruppen 1.316 Fälle (2008) bzw. 1.773 Fälle (2009) und 2.217 Fälle (2010) auf, bei denen zwei näher bezeichnete Demenz-Kodes gleichzeitig dokumentiert wurden (Tabelle 20). Am häufigsten wurde dabei die Demenz bei Alzheimer zusammen mit vaskulärer Demenz dokumentiert.<sup>20</sup>

Damit die Anzahl der Patienten in den Untergruppen mit der Gesamtzahl der Demenz-Patienten in den jeweiligen Jahren übereinstimmt, können diese Fälle nur bei einer der beiden dokumentierten Diagnosen gezählt werden. Da eine inhaltliche Hierarchisierung der Untergruppen mit den verfügbaren Daten nicht möglich ist, wurden diese Patienten der Untergruppe "nicht näher bezeichnete Demenz" zugeordnet.

<sup>20</sup> Die gleichzeitige Dokumentation von Demenz bei Alzheimer und vaskulärer Demenz lässt nicht zwangsläufig auf eine fehlerhafte Dokumentation schließen, da zwischen beiden Arten der Demenz medizinisch keine strikte Trennung besteht.

Tabelle 20: Gleichzeitige Kodierung von zwei und mehr näher bezeichneten Codes bei Demenz, 2008-2010

	2008	2009	2010
Demenz bei Alzheimer und vaskuläre Demenz	1.026	1.362	1.693
Demenz bei Alzheimer und Demenz bei Morbus-Parkinson	43	63	80
Demenz bei Alzheimer und Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	114	143	182
Demenz bei Alzheimer und Lewy-Körper Demenz	1	2	17
Vaskuläre Demenz und Demenz bei Morbus-Parkinson	25	40	46
Vaskuläre Demenz und Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	68	93	99
Vaskuläre Demenz und Lewy-Körper-Demenz	0	2	1
Demenz bei Morbus-Parkinson und Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	5	6	12
Demenz bei Morbus-Parkinson und Lewy-Körper-Demenz	0	2	3
Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen und Lewy-Körper-Demenz	12	15	30
Mehr als zwei näher bezeichnete Diagnosen gleichzeitig	22	45	54
<b>Summe</b>	<b>1.316</b>	<b>1.773</b>	<b>2.217</b>

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

### 5.2.2 Arbeitsunfähigkeit

Eine Phase der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Demenz-Diagnose war – aufgrund der Altersstruktur der Patienten erwartungsgemäß – sowohl absolut als auch relativ betrachtet selten und betraf nur 0,1 % aller Demenz-Patienten bzw. rund 1 % der Demenz-Patienten im erwerbsfähigen Alter. In den drei Jahren des Analysezeitraums hat sich der Anteil Demenz-Patienten mit mindestens einer demenzspezifischen AU-Diagnose kaum verändert (0,07 % aller Demenz-Patienten bzw. 0,8 % der Demenz-Patienten im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2008).

Die Demenz-Patienten, die im Laufe eines Jahres als arbeitsunfähig galten, erlebten durchschnittlich rund 1,1 Phasen der Arbeitsunfähigkeit pro Jahr (2008: 1,10 Phasen, 2009: 1,10 Phasen, 2010: 1,07 Phasen).

Die durchschnittliche Anzahl der AU-Tage ging bei Demenz-Patienten mit mind. einer Phase der Arbeitsunfähigkeit leicht von rund 98 Tagen im Jahr 2008 auf rund 96,7 Tage im Jahr 2010 zurück.

Zum Vergleich: Bundesweit waren – alters- und geschlechtsstandardisiert – 53,5 % der Erwerbspersonen unter den BARMER GEK-Versicherten durchschnittlich 1,16-mal arbeitsunfähig. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit lag bundesweit bei 12,8 Tagen je AU-Fall (bzw. bei 14,8 Tagen bezogen auf ganzjährige Versichertenzeiten).

### **5.2.3 Erwerbsminderung**

Von allen Demenz-Patienten im erwerbsfähigen Alter in der Analysepopulation erhielten im Jahr 2010 rund 46,6 % eine Erwerbsminderungsrente. Dieser Anteil ist im Analysezeitraum der Jahre 2008 bis 2010 leicht gestiegen: Im Jahr 2008 lag der Anteil Demenz-Patienten mit Erwerbsminderungsrente an allen Demenz-Patienten im erwerbsfähigen Alter bei 43,9 %, im Jahr 2009 bei 44,9 %. Dieser hohe Anteilswert relativiert sich deutlich, wenn man den geringen Anteil der Patienten im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) an allen Demenzkranken berücksichtigt (6,3 % im Jahr 2010). Bezogen auf alle Demenz-Patienten lag der Anteil derjenigen mit einer Erwerbsminderungsrente lediglich bei knapp 3 %.

Die durchschnittliche Anzahl der Tage mit Erwerbsminderungsrente je Demenz-Patient lag im Jahr 2010 mit durchschnittlich 349 Tagen nur geringfügig unter 365 Tagen und entsprach damit nahezu der Dauer des gesamten Jahres.

## **5.3 Anteile der unterschiedlichen Leistungssektoren und -bereiche an der Versorgung von Demenz-Patienten**

### **5.3.1 Ambulante vertragsärztliche Versorgung**

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung wurde von fast allen Demenz-Patienten in den betrachteten Jahren 2008 bis 2010 in Anspruch genommen. Nur einige wenige Ausnahmen, im Jahr 2010 weniger als 0,02 %, wurden innerhalb eines Jahres nicht von Haus- oder Fachärzten ambulant versorgt.

Mindestens einen Kontakt mit einem niedergelassenen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater hatten 42,3 % der 130.914 Demenz-Patienten im Jahr 2010 (Tabelle 21). Rund 22,7 % aller Demenz-Patienten wurden im Jahr 2010 ausschließlich von einer der relevanten Fachgruppen betreut (d. h.: es wurde kein demenz-spezifisches Arzneimittel von einem Hausarzt verordnet). Der Anteil der Demenz-Patienten, die ausschließlich durch die

hier betrachteten Fachgruppen fachärztlich betreut wurden, war in Berlin (37,5 %) sowie in den ostdeutschen Bundesländern am höchsten (Sachsen: 33,9 %, Brandenburg: 31,6 %). Am niedrigsten waren die entsprechenden Anteile in Baden-Württemberg (16,6 %) und Bayern (16,1 %).

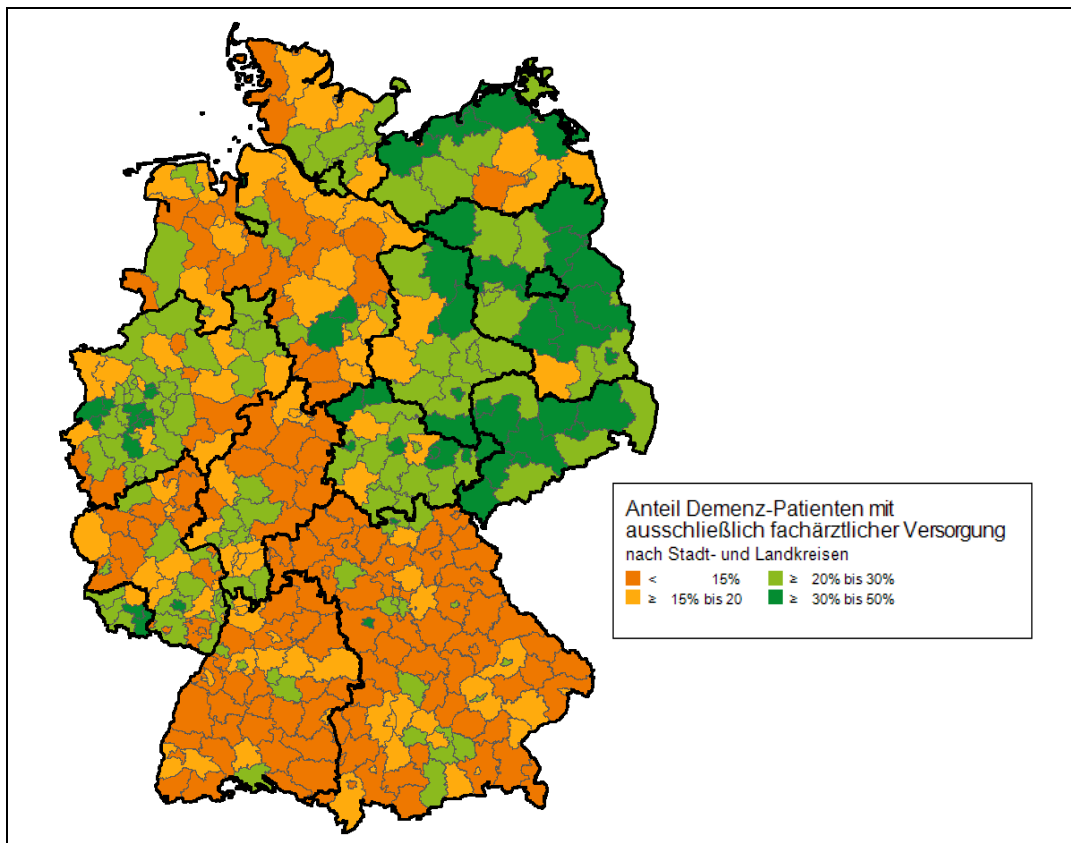
Tabelle 21: Beteiligung der ärztlichen Fachgruppen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Demenz-Patienten, 2010

<b>Demenz-Patienten</b>	<b>100%</b>
<i>davon:</i>	
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Behandlung	98,8%
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Behandlung beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater	42,3%
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Demenz-Behandlung ausschließlich beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater (d. h. ohne demenz-spezifische Verordnung beim Hausarzt)	22,7%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Der Zusammenhang des Anteils der Demenz-Patienten mit ausschließlich fachärztlicher Versorgung durch Vertragsärzte der hier betrachteten Fachgruppen nach Kreisen und kreisfreien Städten (Abbildung 20) und der regionalen Facharzttdichte der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater war positiv ausgeprägt (Korrelationskoeffizient 0,161): Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner, desto mehr Demenz-Patienten wurden ausschließlich durch Fachärzte versorgt. Ein umgekehrter Zusammenhang besteht mit der regionalen Hausarzttdichte (Korrelationskoeffizient -0,198).

Abbildung 20: Anteil der Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Demenz-Behandlung ausschließlich durch die Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010

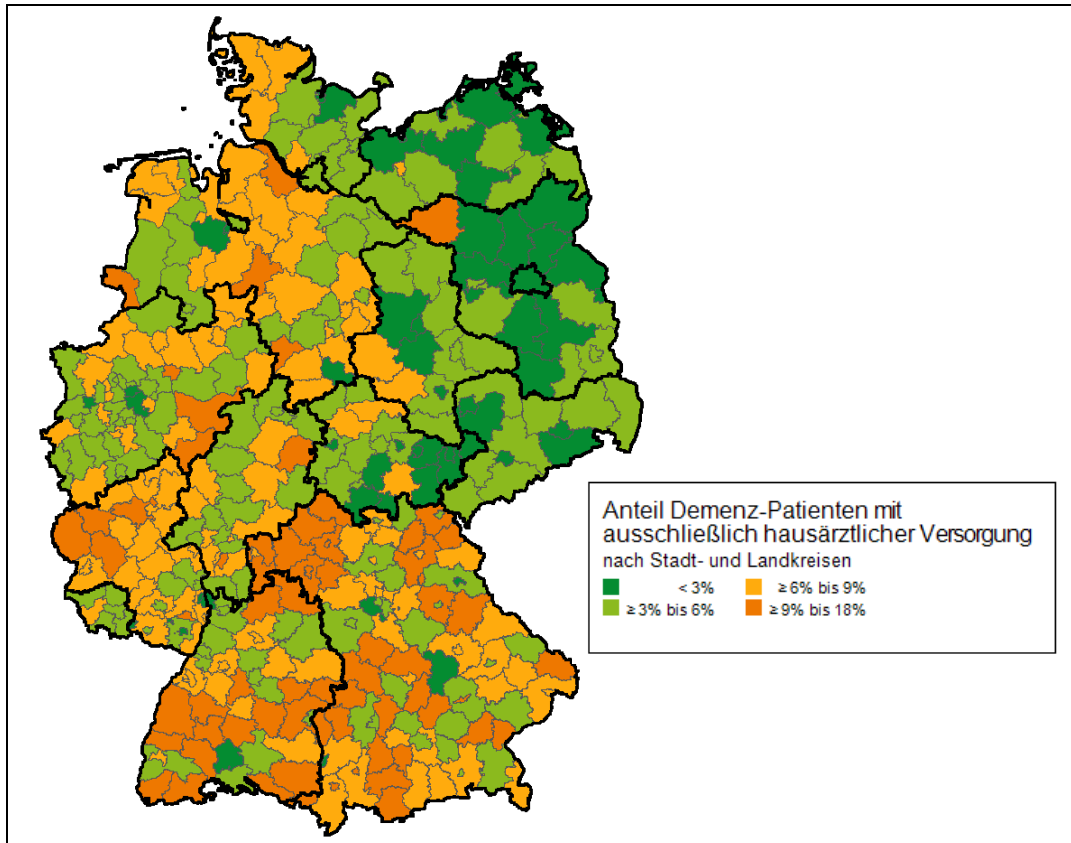


Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Der Anteil der Demenz-Patienten, die im Jahr 2010 ambulant ausschließlich hausärztlich, d. h. ohne jeglichen Facharztkontakt, versorgt wurden betrug 5,4 %, wobei sich der Anteil in west- und ostdeutschen Bundesländern deutlich unterschied. Während der Anteil der Demenz-Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Versorgung durch die hier betrachteten Fachgruppen in allen ostdeutschen Bundesländern deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag, wiesen vor allem die süddeutschen Bundesländer Rheinland-Pfalz, Bayern und Baden-Württemberg mit 7,3 %, 7,2 % bzw. 6,9 % einen vergleichsweise hohen Anteil von Demenz-Patienten auf, die ausschließlich hausärztlich versorgt wurden. Auch innerhalb der Bundesländer wiesen einzelne Kreise einen zum Teil sehr unterschiedlichen Anteil Demenz-Patienten mit ausschließlich hausärztlicher Versorgung auf (Abbildung 21).

Abbildung 21: Anteil der Demenz-Patienten, die ausschließlich hausärztlich versorgt wurden, an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

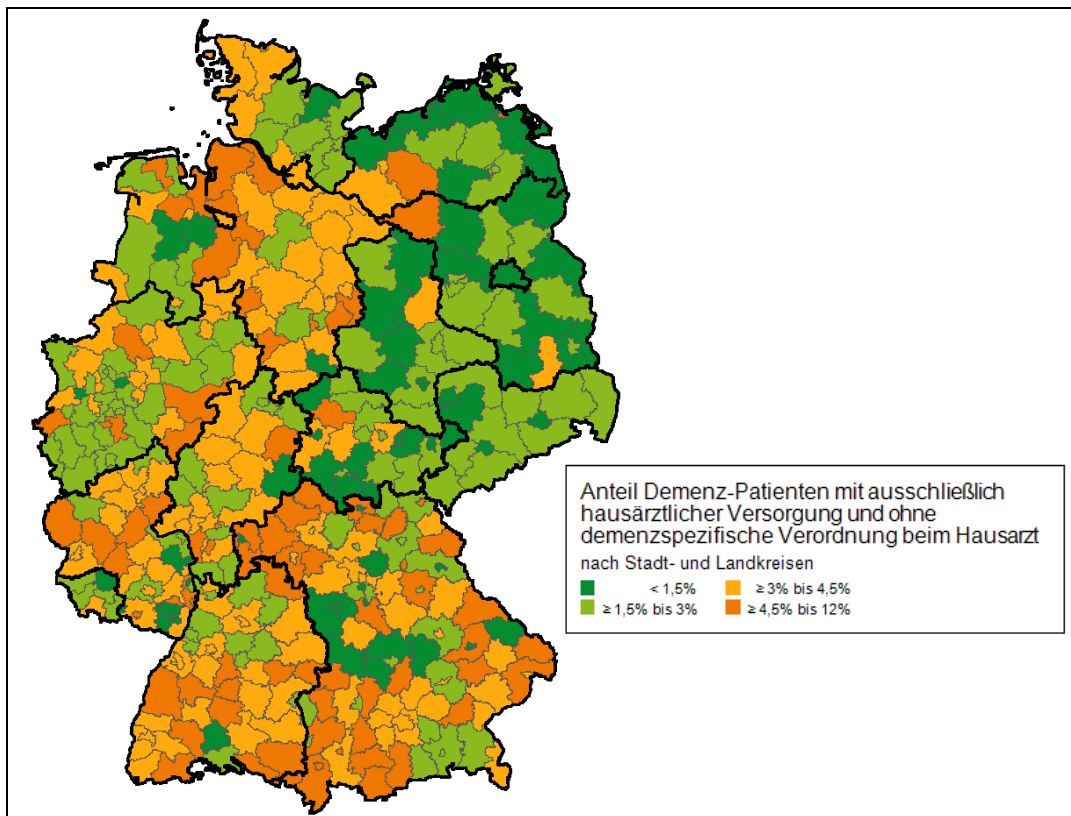
Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Der Anteil der Demenz-Patienten ohne ambulante fachärztliche Behandlung durch Vertragsärzte nahm in allen Bundesländern mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern (konstant bei 3,2 %) im Zeitverlauf der drei Betrachtungsjahre 2008 bis 2010 ab.

Von den 5,4 % der Demenz-Patienten mit ausschließlich hausärztlicher Versorgung im Jahr 2010 erhielten rund die Hälfte keine demenz-spezifische Arzneimittelverordnung (2,9 % aller Demenz-Patienten). Auch hier war der Anteil dieser Demenz-Patienten regional sehr unterschiedlich verteilt: Während in den ostdeutschen Kreisen und kreisfreien Städten nur ein unterdurchschnittlicher Teil der Demenz-Patienten ausschließlich vom Hausarzt und ohne demenz-spezifische Verordnung behandelt wurden, lag der Anteil in Bremen (3,8 %), Rheinland-Pfalz (3,6 %) und Bayern (3,6 %) deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt. In einzelnen Landkreisen, wie bspw. Kitzingen (10,6 %) oder der Stadt Kaufbeuren (8,9 %) in Bayern, lag der Anteil der Demenz-Patienten mit ausschließlich hausärztli-

cher Versorgung ohne demenz-spezifisches Arzneimittel deutlich höher (Abbildung 22). Im Umkehrschluss lassen diese Ergebnisse vermuten, dass – ähnlich wie für den gesamten Arzneimittelverbrauch (vgl. de Millas & Haustein 2013) – auch bei Demenz in den ostdeutschen Regionen überdurchschnittlich hohe Arzneimittelmengen pro Kopf verordnet werden.

Abbildung 22: Anteil der Demenz-Patienten, die ambulant ausschließlich hausärztlich und ohne demenz-spezifische Verordnung versorgt wurden, an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung. Als demenz-spezifisch gelten hier Verordnungen von Donepezil (N06DA02), Galantamin (N06DA04), Rivastigmin (N06DA03), oder Memantin (N06DX01).

Um zu analysieren, ob ein Zusammenhang zwischen dem Anteil Demenz-Patienten mit ausschließlich hausärztlicher Versorgung ohne demenz-spezifisches Arzneimittel und der Fach- bzw. Hausarztichte im jeweiligen Kreis besteht, wurden Korrelationsanalysen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Anzahl Hausärzte (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,084) oder der Anzahl Neurologen, Nervenärzte und Psychiater (Pearson-Korrelationskoeffizient -0,079) je 100.000 Einwohner in den Kreisen und kreisfreien Städten.



Die Demenz-Patienten hatten im Jahr 2010 insgesamt rund 2,1 Mio. Behandlungsfälle (2008: 1,4 Mio. und 2009: 1,8 Mio.).<sup>21</sup> Dies entsprach im Jahr 2010 einer durchschnittlichen Anzahl von rund 13,6 Behandlungsfällen pro Patient (alle ärztlichen Fachgruppen). Die Zahl der vertragsärztlichen Behandlungsfälle ist damit für Demenz-Patienten seit dem Jahr 2008 mit durchschnittlich rund 12 Behandlungsfällen leicht angestiegen und seit dem Jahr 2009 mit durchschnittlich rund 13,7 Behandlungsfällen wieder leicht gesunken.

Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle je Demenz-Patient im Zeitraum der Jahre 2008 bis 2010 lag damit in allen drei Jahren deutlich über den Vergleichswerten, die von der BARMER GEK für die gesamte ambulante vertragsärztliche Versorgung ermittelt wurden (7,4 Behandlungsfälle je Person im Jahr 2008, 8,0 Fälle im Jahr 2009 bzw. 7,9 Fälle im Jahr 2010<sup>22</sup>).

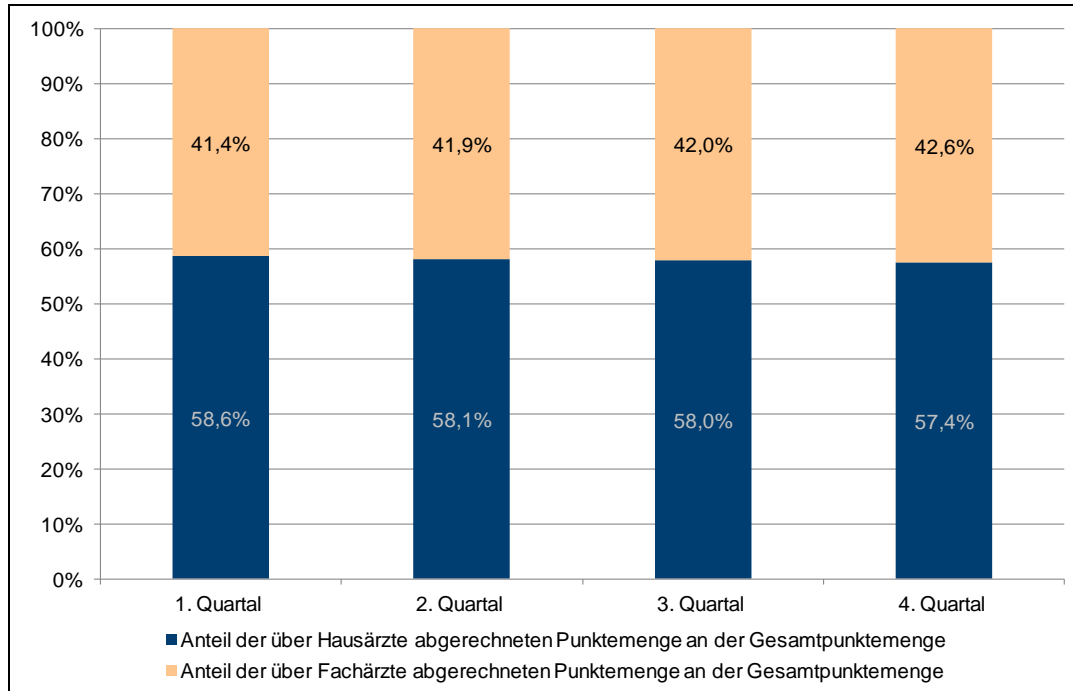
Insgesamt wurden von den Fachärzten und von den Hausärzten, die demenz-spezifische Arzneimittel verordneten, im 4. Quartal 2010 rund 221,65 Mio. Punkte für die Behandlung von Demenz-Patienten abgerechnet. Davon entfielen deutlich mehr als die Hälfte auf die Hausärzte (Abbildung 23). Auch je Demenz-Patient wurden durchschnittlich mehr Punkte von den Hausärzten abgerechnet: 3.589 Punkte je Patient im Vergleich zu 2.448 Punkten bei den Fachärzten im 4. Quartal 2010. Dies erscheint im Hinblick auf die verbreitete Multimorbidität dieser Patientengruppe plausibel.

---

<sup>21</sup> Hierbei handelt es sich um die Behandlungsfälle insgesamt, d. h. unabhängig davon, ob die Behandlung aufgrund einer Demenz oder aufgrund einer anderen Erkrankung erfolgte. Ein Behandlungsfall ist definiert als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis innerhalb eines Kalendervierteljahrs zu Lasten derselben Krankenkasse. Ein Behandlungsfall kann entsprechend mehrere Arztkontakte umfassen.

<sup>22</sup> Vgl. BARMER GEK Arztreport (2012: 41).

Abbildung 23: Anteile der abgerechneten Punkte an der Gesamtzahl der für die Versorgung von Demenz-Patienten abgerechneten Punkte nach Arztgruppen, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

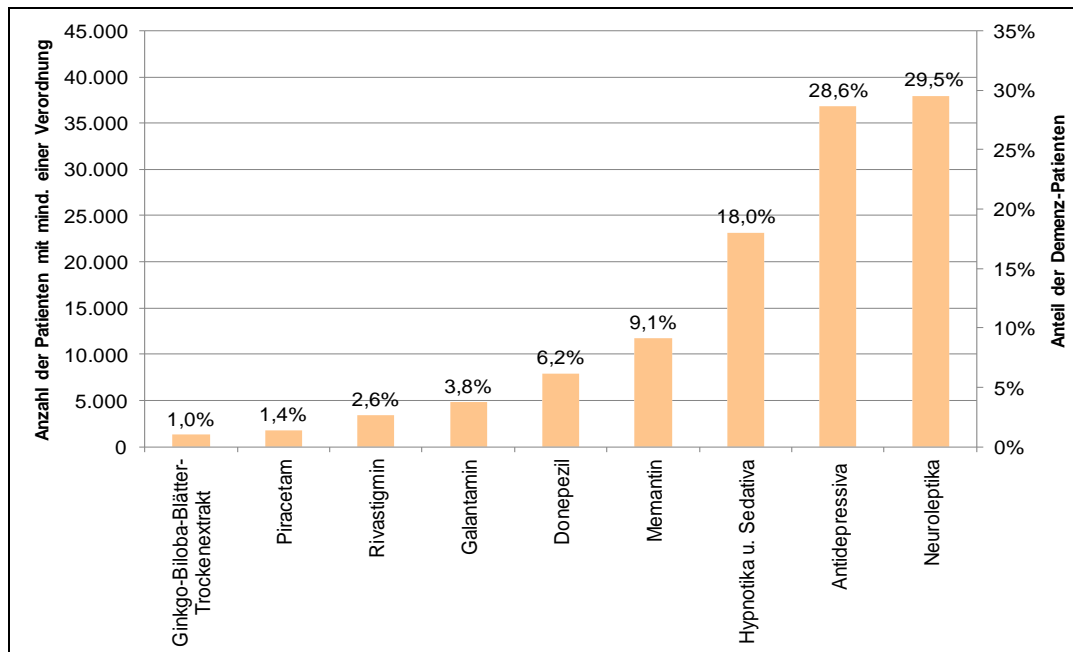
### 5.3.2 Arzneimittelversorgung

Von den 130.914 Demenz-Patienten im Jahr 2010 bekamen rund 63 % mind. eine Verordnung eines demenz-typischen<sup>23</sup> Arzneimittels.<sup>24</sup> Dabei erhielten rund 29,5 % der Demenz-Patienten mind. eine Verordnung eines Neuroleptikums, weitere 28,6 % erhielten mind. ein Antidepressivum und rund 18 % erhielten mind. ein Arzneimittel aus der Gruppe der Hypnotika und Sedativa (Abbildung 24). Von den demenz-spezifischen Arzneimittelwirkstoffen wurden Memantin (9,1%) und Donepezil (6,2%) am häufigsten verordnet.

<sup>23</sup> Demenz-typische Wirkstoffe werden häufig bei Demenzerkrankung verordnet, aber sie werden im Unterschied zu den demenz-spezifischen Wirkstoffen auch zur Behandlung anderer Erkrankungen eingesetzt.

<sup>24</sup> Es ist grundsätzlich möglich, dass der behandelnde Arzt ein Rezept ausgestellt hat, der Patient dieses aber nicht in einer Apotheke eingelöst hat. Die Krankenkassendaten der BARMER GEK enthalten nur Informationen über eingelöste Verordnungen. Die Analysen der Arzneimittelversorgung von Demenz-Patienten beschränken sich daher auf die eingelösten Verordnungen.

Abbildung 24: Anzahl und Anteil der Demenz-Patienten mit Arzneimittelverordnungen nach Wirkstoffen, 2010



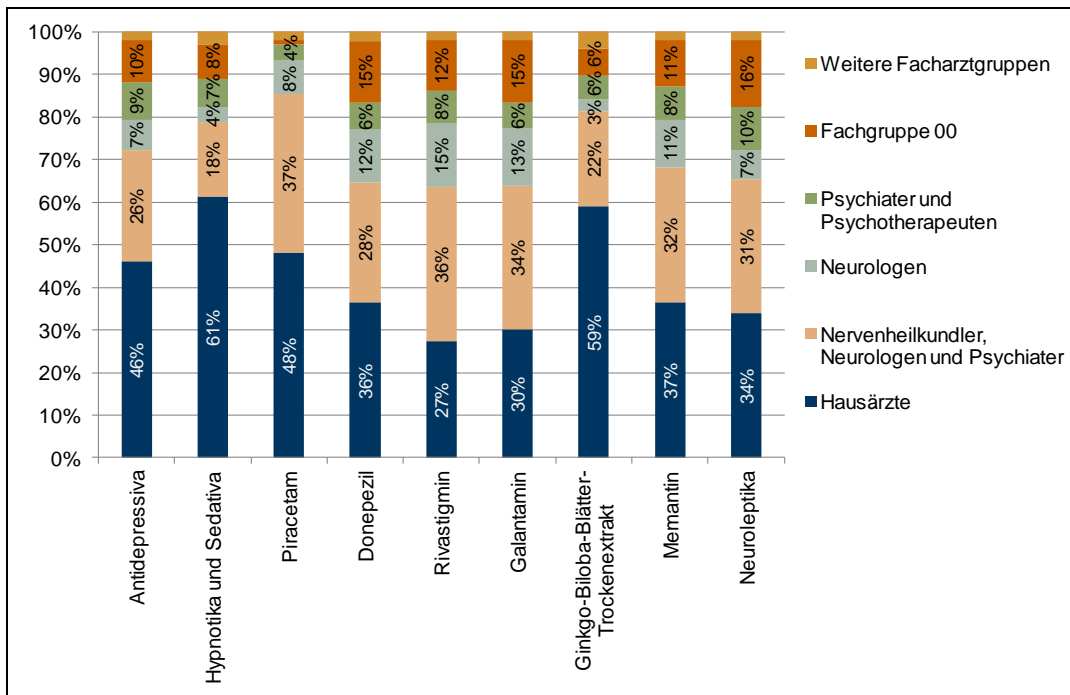
Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routendaten

Anmerkung: Ginkgo wurde dabei ausschließlich als N06DP01 kodiert

Im Vergleich zum Jahr 2008 ist der Anteil der Patienten mit mindestens einer Verordnung von Piracetam, Rivastigmin, Galantamin, Donepezil, Memantin und Hypnotika und Sedativa leicht gesunken, während der Anteil der Patienten mit mindestens einer Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva im Verlauf der drei Analysejahre leicht angestiegen ist.

Die mengen- bzw. DDD-bezogenen Verordnungsanteile der unterschiedlichen der ärztlichen Fachgruppen an den verordneten DDDs der demenztypischen Arzneimittel unterscheiden zum Teil deutlich voneinander. Bei den Demenz-Patienten wurden im Jahr 2010 etwas mehr als die Hälfte der verordneten DDDs von Rivastigmin (58,7 %) und Galantamin (53,2 %) von den ärztlichen Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde sowie Psychiatrie und Psychotherapie verordnet (Abbildung 25). Dagegen wurden nur rund 30,6 % der Ginkgo-Biloba-Blätter-Trochenextrakte und rund 27,8 % der Hypnotika und Sedativa von diesen drei ärztlichen Fachgruppen verordnet. Insgesamt erfolgte bei den Demenz-Patienten ein höherer Anteil der verordneten DDDs über die Hausärzte als bei den MS-Patienten.

Abbildung 25: DDD-bezogene Verordnungsanteile der ärztlichen Fachgruppen bei demenz-typischen Arzneimitteln, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Aufgrund unterschiedlicher Packungsgrößen kann die Verteilung der Arzneimittelmengen in DDDs nach ärztlichen Fachgruppen von der Verteilung der Verordnungen abweichen. Die Verteilung der Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen gibt Aufschluss über die Häufigkeitsunterschiede im Arzt-Patienten-Kontakt in den einzelnen Fachgruppen, wenn man davon ausgeht, dass jede Verordnung mit einem Arztkontakt einhergeht. Betrachtet man die Anzahl der Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen, dann liegt der Anteil der Verordnungen der Hausärzte bei allen Arzneimitteln - mit Ausnahme von Hypnotika und Sedativa - leicht höher als der entsprechende Anteil dieser Fachgruppe nach verordneten DDDs.

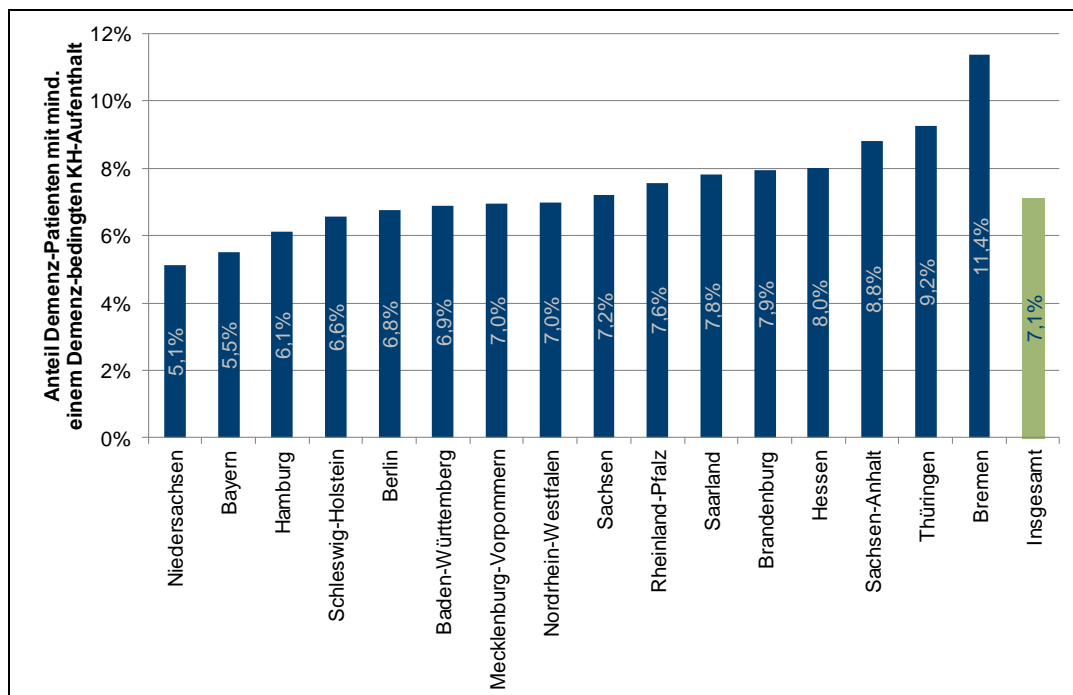
### 5.3.3 Krankenhausversorgung

Der bundesdurchschnittliche Anteil der Demenz-Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt und Demenz als Hauptdiagnose betrug 7,1 % im Jahr 2010. Allerdings wird die Krankenhaushäufigkeit wegen der Erkrankung Demenz vermutlich unterschätzt, da Krankenhausaufnahmen mit einer demenzrelatierten Erkrankung häufig unter einer anderen Hauptdiagnose in den Abrechnungsdaten dokumentiert werden und die Demenz nur als Nebendiagnose oder gar nicht vermerkt wird (Pinkert & Holle, 2012). So werden Demenz-Patienten häufiger als Menschen ohne Demenz bei-

spielsweise wegen Infektionen, Frakturen oder ernährungsbedingten Störungen oder Dehydration, also Erkrankungen, für die die Demenz ursächlich sein kann, im Krankenhaus behandelt (Natalwala, 2008).

Zwischen den Bundesländern variierten die Anteile der Demenz-Patienten mit demenzspezifischem Krankenhausaufenthalt deutlich: in Bremen wurden Demenz-Patienten am häufigsten aufgrund einer Demenz-Hauptdiagnose im Krankenhaus behandelt (11,4 %), gefolgt von Thüringen (9,2 %) und Sachsen-Anhalt (8,8 %) (Abbildung 26). In Niedersachsen (5,1 %), Bayern (5,51 %) und Hamburg (6,1 %) wiesen dagegen nur relativ wenige Demenz-Patienten einen demenz-bedingten Krankenhausaufenthalt auf.

Abbildung 26: Anteil der Demenz-Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten Krankenhausaufenthalt an allen Demenz-Patienten nach Bundesland, 2010



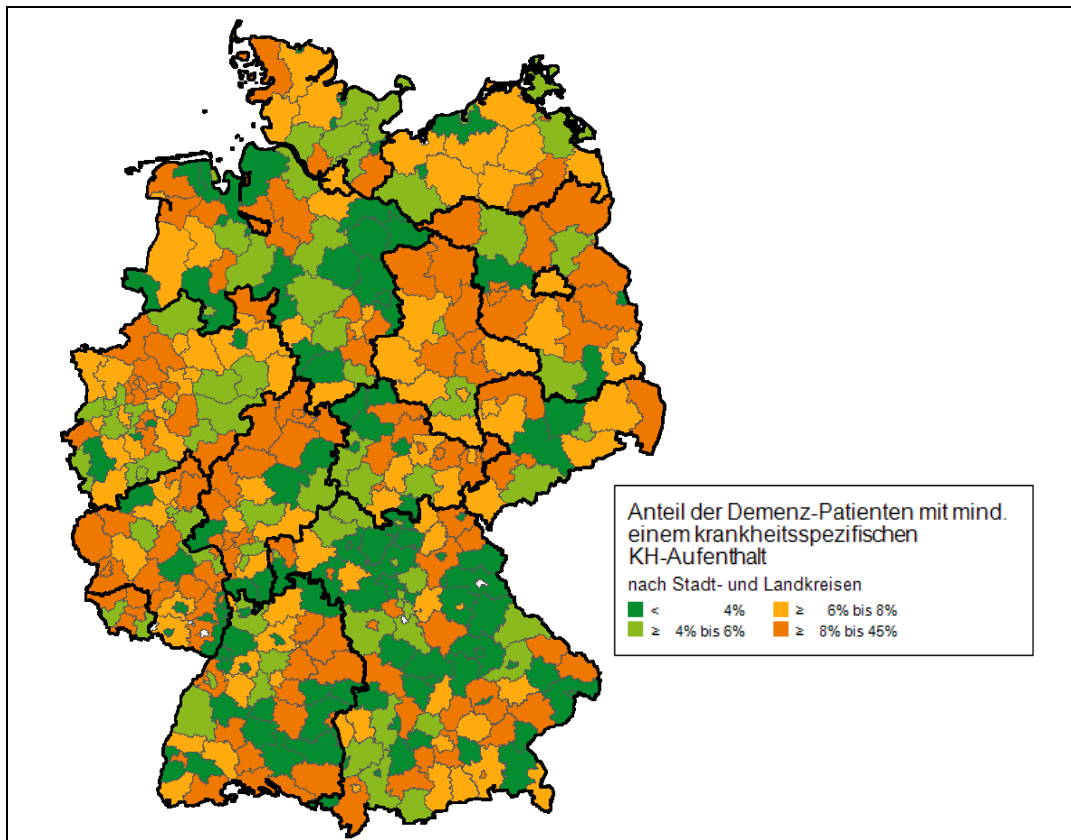
Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Allerdings macht eine kleinräumigere Betrachtung auf Kreisebene deutlich, wie stark der Anteil Demenz-Patienten mit mind. einem demenzspezifischen Krankenhausaufenthalt an allen Demenz-Patienten - unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen - innerhalb der Bundesländer variiert (Abbildung 27). Die höchste demenzspezifische (standardisierte) Hospitalisierungsrate bei Demenz-Patienten besteht im Hohelohekreis in Baden-Württemberg in Höhe von 43,2 %, gefolgt von

der Stadt Weimar (34,3 %) und dem Saale-Holzland-Kreis (23,4 %) in Thüringen. In den Städten Delmenhorst, Pirmasens und Kaufbeuren wurde hingegen keiner der 67, 18 bzw. 101 Demenz-Patienten im Jahr 2010 stationär aufgenommen.

Abbildung 27: Anteil der Demenz-Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten Krankenhausfall an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung. Für die kreisfreien Städte Landau in der Pfalz, Zweibrücken, Weiden i.d.OPf., Schwabach und Wismar liegen keine stationären Daten zu Demenz-Patienten vor (=weiße Flecken).

Um feststellen zu können, ob die regionalen Unterschiede der krankheitsspezifischen Hospitalisierungsrates von Demenz-Patienten mit den ambulanten und stationären Angebotskapazitäten zusammen hängt, wurden eine Reihe von Korrelationen durchgeführt.

Errechnet man den Korrelationskoeffizienten nach Pearson zwischen dem Anteil der Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten Krankenhausaufenthalt und den ambulanten Angebotskapazitäten, so zeigt sich insbesondere ein negativer Zusammenhang zwischen dem Anteil der Demenz-

Patienten mit mind. einem demenz-bedingten stationären Aufenthalt einerseits und der ambulanten Vertragsarztdichte andererseits (Tabelle 22): je höher die Dichte der Hausärzte, Neurologen, Nervenärzte und Psychiater und der Fachinternisten, desto geringer ist die krankheitsspezifische Hospitalisierungsrate. Allerdings ist der Zusammenhang nur sehr schwach (Korrelationskoeffizienten zwischen -0,11 Fachinternisten und -0,13 Neurologen, Nervenärzte und Psychiater) (Tabelle 22).

Des Weiteren zeigt sich ein uneinheitlicher und nur sehr schwacher Zusammenhang mit den stationären Bettenkapazitäten der Kreise und kreisfreien Städte nach Fachabteilung. So ist der Zusammenhang der krankheitsspezifischen Hospitalisierungsrate bei Demenz-Patienten mit der Bettendichte in Fachabteilungen der Neurologie und der Psychiatrie schwach positiv, mit der Bettendichte in Fachabteilungen der Inneren Medizin bzw. der Geriatrie hingegen negativ. Summiert man die Bettenzahl geht der Zusammenhang von Bettendichte und krankheitsspezifischer Hospitalisierungsrate bei Demenz-Patienten gen Null.

Diese Ergebnisse werden auch in einer multivariaten Regressionsanalyse bestätigt, in der die Zusammenhänge zwischen demenzbedingter Krankenhaushäufigkeit, Vertragsarztdichte und Bettendichte untersucht wurden. Danach besteht ein negativer, signifikanter Zusammenhang zwischen der Krankenhaushäufigkeit wegen Demenz und der Vertragsarztdichte der relevanten Fachgruppen ( $p=0,000$ ) sowie der Hausarztdichte ( $p=0,001$ ). Die Bettendichte hat keinen signifikanten Einfluss.

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen dem Anteil der Demenz-Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten Krankenhausaufenthalt und den stationären und ambulanten Angebotskapazitäten, 2012

Korrelation mit	Korrelationskoeffizient
Anzahl Hausärzte je 100.000 EW	-0,1154
Anzahl Neuro/Nerv/Psy je 100.000 EW	-0,1270
Anzahl Fachinternisten je 100.000 EW	-0,1111
Anzahl Betten Innere Medizin je 100.000 EW	-0,0399
Anzahl Betten Geriatrie je 100.000 EW	-0,0087
Anzahl Betten Neurologie je 100.000 EW	0,0254
Anzahl Betten Psychiatrie je 100.000 EW	0,0226
Anzahl Fachbetten (Innere+Geriatrie+Neuro+Psych) insgesamt je 100.000 EW	-0,0057

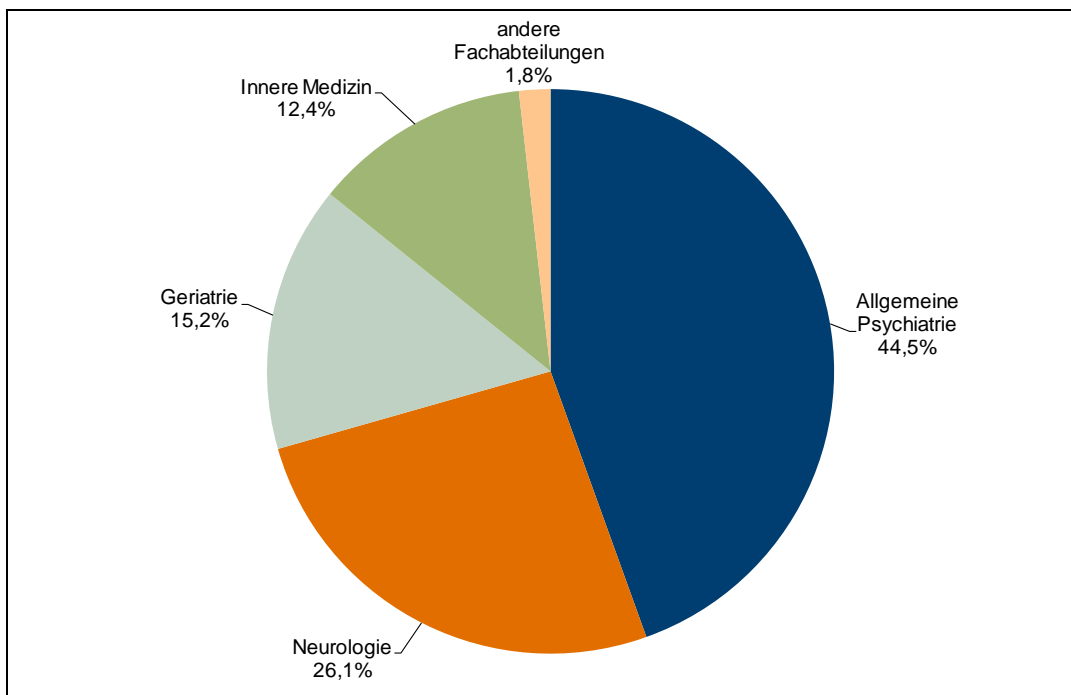
Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten, Grunddaten der Krankenhäuser 2010 des Statistischen Bundesamtes sowie Daten des Bundesarztregisters der KBV

Die Demenz-Patienten mit Krankenhausaufenthalt wurden im Jahr 2010 durchschnittlich 1,2 mal im Jahr aufgrund einer Demenz-Diagnose stationär aufgenommen.

Die durchschnittliche Verweildauer bei demenz-bedingtem Krankenhausaufenthalt betrug im Jahr 2010 durchschnittlich 16 Tage je Aufenthalt. Damit war die durchschnittliche Verweildauer bei Demenz-Patienten deutlich länger als die durchschnittliche Verweildauer aller Krankenhaüsfälle unabhängig von der Diagnose, die im Jahr 2010 bei 7,9 Tagen lag.

Von den 9.604 Krankenhaüsfällen mit demenzspezifischer Diagnose im Jahr 2010 wurden 44,5 % in einer Fachabteilung der Allgemeinen Psychiatrie behandelt, gefolgt von den Fachabteilungen der Neurologie (26,1 %) und der Geriatrie (15,2 %) (Abbildung 28).

Abbildung 28: Anteile der Fachabteilungen an der Behandlung demenz-bedingter Krankenhaüsfälle, 2010



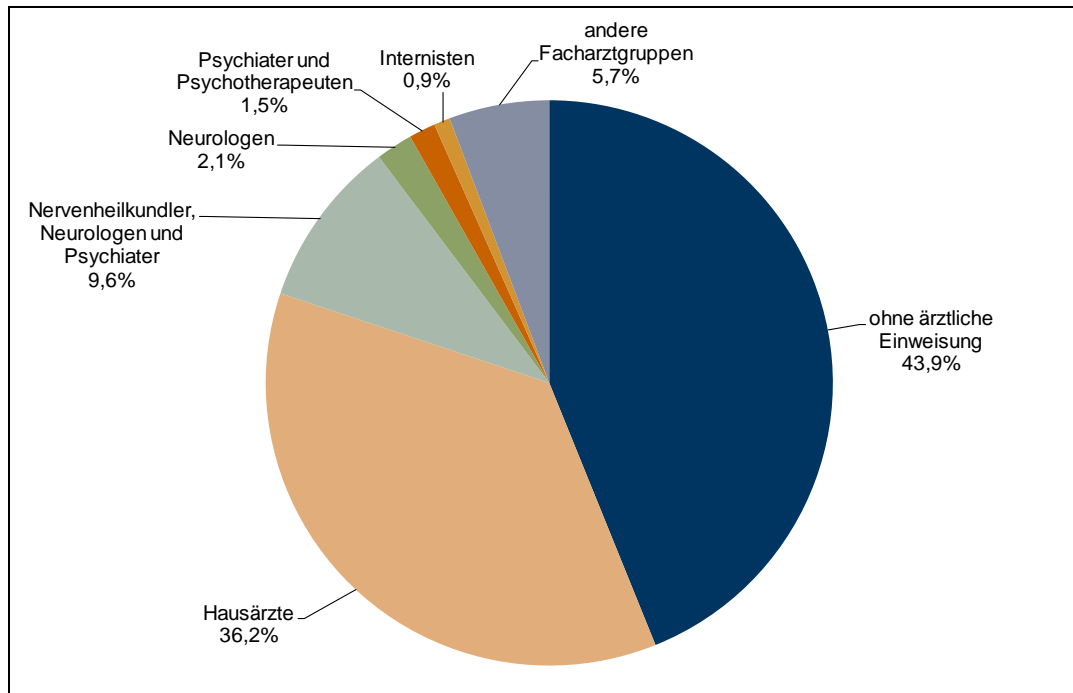
Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Der Anteil der Krankenhaüsfälle mit demenzspezifischer Hauptdiagnose, denen sich keine einweisende ärztliche Fachgruppe zuordnen lässt, war bei Demenz-Patienten mit rund 44 % vergleichsweise hoch. Dieser Anteil enthält sowohl Patienten, die sich selbst einweisen, als auch Patienten, bei denen keine einweisende ärztliche Fachgruppe dokumentiert wurde. Am häufigsten lag den demenz-bedingten Krankenhaüsfällen im Jahr 2010 Einweisungen durch Hausärzte (36,2 % der Fälle), Fachärzte für Nervenheilkunde (9,6 %) und Fachärzte für Neurologie (2,1 %) zugrunde (Abbildung 29).



Der Anteil der Einweisungen von demenz-bedingten Krankenhausfällen durch andere ärztliche Fachgruppen von 5,7 % setzt sich zu 4 % aus Fachärzten mit Schlüsselnummer, die zur freien Verfügung der KVen steht, zusammen (insbesondere Schlüsselnummer "98").

Abbildung 29: Anteile der ärztlichen Fachgruppen an den Einweisungen von demenz-bedingten Krankenhausfällen, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

#### 5.3.4 Stationäre und ambulante Anschlussrehabilitation

Bei den Demenz-Patienten nahmen nur 33 Personen im Jahr 2010 eine stationäre Anschlussrehabilitation aufgrund einer demenzspezifischen Hauptdiagnose in Anspruch (2008: 32 Personen; 2009: 24 Patienten) (Tabelle 23). Dies entsprach im Jahr 2010 einem Anteil von rund 0,03 % aller Demenz-Patienten (2008: 0,04 % und 2009: 0,02 %). Die Anzahl der stationären Rehabilitationsfälle entsprach der Anzahl der Patienten, d. h. ein Fall je Demenz-Patient pro Jahr. Eine ambulante Anschluss-Rehabilitation aufgrund einer demenz-spezifischen Hauptdiagnose wurde, bis auf eine Ausnahme im Jahr 2008, nicht durchgeführt.

Tabelle 23: Anzahl der Demenz-Patienten mit stationärer und ambulanter Anschlussrehabilitation, 2008-2010

Jahr	Anzahl Patienten	Anzahl Patienten mit stat. Reha	Anzahl stat. Reha-Fälle	Anzahl Patienten mit amb. Reha
2008	89.846	32	32	1
2009	107.611	24	24	0
2010	130.914	33	33	0

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Das Ergebnis, dass Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in der Versorgung von Demenz-Patienten faktisch kaum eine Rolle spielten, dürfte sich auch dann nicht ändern, wenn durch andere Kostenträger – insbesondere durch die Gesetzliche Rentenversicherung – finanzierte Reha-Maßnahmen einbezogen würden. So ist der Anteil der Bezieher von Erwerbsminderungsrenten unter den Demenzpatienten mit 3 % vergleichsweise gering (vgl. Kapitel 5.2.3).

### 5.3.5 Pflegestufe und -leistungen

Der Pflegeaufwand wird je nach Umfang des Hilfebedarfs eines Patienten drei Pflegestufen zugeordnet. Mehr als die Hälfte aller Demenz-Patienten wurden im Jahr 2010 einer der drei Pflegestufen zugeordnet. Der Anteil Demenz-Patienten mit einer Pflegestufe ist im Betrachtungszeitraum stark gestiegen: Wurden im Jahr 2008 noch 47 % einer Pflegestufe zugewiesen, waren es im Jahr 2010 bereits 57,5 % aller Demenz-Patienten. Im Jahr 2010 wurden 427 Demenz-Patienten (entspricht 0,3 %) als Härtefall nach § 43 Abs. 3 SGB XI eingestuft (Tabelle 24). Die Härtefallregelung greift bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand (z. B. Grundpflege auch nachts von mehreren Pflegekräften gleichzeitig; ständige hauswirtschaftliche Versorgung). Der Verbleib in einer Pflegestufe betrug bei den Demenz-Patienten durchschnittlich zwischen 269,3 Tagen (Pflegestufe 1) und 300,6 Tagen (Pflegestufe 2).

Tabelle 24: Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit unter den Demenz-Patienten nach Pflegestufe und Dauer der Pflegebedürftigkeit in Tagen, 2010

	<b>Anteil an Demenz-Patienten in %</b>	<b>Durchschnittliche Dauer in Tagen</b>
ohne Pflegestufe	42,5%	
Pflegestufe 1	29,0%	269,3
Pflegestufe 2	25,7%	284,4
Pflegestufe 3	12,7%	300,6
Härtefall Stufe 3	0,3%	292,4

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die dargestellten Prozentwerte summieren sich nicht zu 100 %, da einige Patienten im Verlauf des Jahres 2010 die Pflegestufe gewechselt haben und in mehr als einer Kategorie gezählt werden.

Bei pflegebedürftigen Demenz-Patienten wurden Pflegeleistungen im Jahr 2010 überwiegend im vollstationären Bereich erbracht (40,3 % nach § 43 und 0,5 % nach § 43a) (Tabelle 25). Professionelle ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI erhielten 20,7 % der pflegebedürftigen Demenz-Patienten und rund 16,8 % der Patienten finanzierten Leistungen mit dem Pflegegeld nach § 37. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege wurde von 3,8 % bzw. 10,2 % der Demenz-Patienten in Anspruch genommen, Verhinderungspflege von 5,4 %. Während Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege nur jeweils relativ kurz in Anspruch genommen wurden (17,2 Tage bzw. 14,3 Tage), betrug die durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme für alle anderen Leistungsarten über 210 Tage im Jahr.

Tabelle 25: Anteil der Demenz-Patienten mit Pflegeleistungen nach Leistungsart gemäß SGB XI und durchschnittliche Dauer der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI in Tagen, 2010

	Anteil der Demenz-Patienten mit Pflegeleistung in %	Durchschnittliche Dauer in Tagen
Vollstationäre Pflege nach § 43	40,3%	311,2
Sachleistungen nach § 36	20,7%	219,1
Pflegegeld nach § 37	16,8%	259,8
Kurzzeitpflege nach § 42	10,2%	17,2
Verhinderungspflege nach § 39	5,4%	14,3
Tages- und Nachtpflege nach § 41	3,8%	210,5
Pflegeleistung nach § 45a	2,2%	280,8
Härtefall nach § 43 (2) Nr. 4	0,5%	340,4

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

### 5.3.6 Psychiatrische Institutsambulanzen <sup>25</sup>

Von den 95.515 Demenz-Patienten im ersten Halbjahr 2012 wurden 6.723 Patienten (7,0 %) in diesem Zeitraum mindestens einmal in einer PIA behandelt, von ihnen wiederum 5.302 (5,6 %) mit Demenz als Hauptdiagnose. Ein Demenz-Patient mit mindestens einer demenz-bedingten PIA-Behandlung verursachte im ersten Halbjahr 2012 durchschnittlich 1,7 Behandlungsfälle. Die mittlere Dauer einer Behandlungsepisode in einer PIA betrug 25,7 Tage, wobei keine Aussagen über die Leistungsintensität in diesem Behandlungszeitraum getroffen werden können.<sup>26</sup>

Regional zeigen sich jedoch ausgeprägte Abweichungen von der durchschnittlichen Häufigkeit der PIA-Behandlungen von Demenz-Patienten. Während der Anteil der Patienten mit demenz-bedingten PIA-Behandlungen in den KV-Regionen Hessen (11 %), Nordrhein (9,2 %) und Rheinland-Pfalz (7,7 %) deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt lag, betrug der Anteil im Saarland nur 1,3 %, in Hamburg und Niedersachsen sogar nur

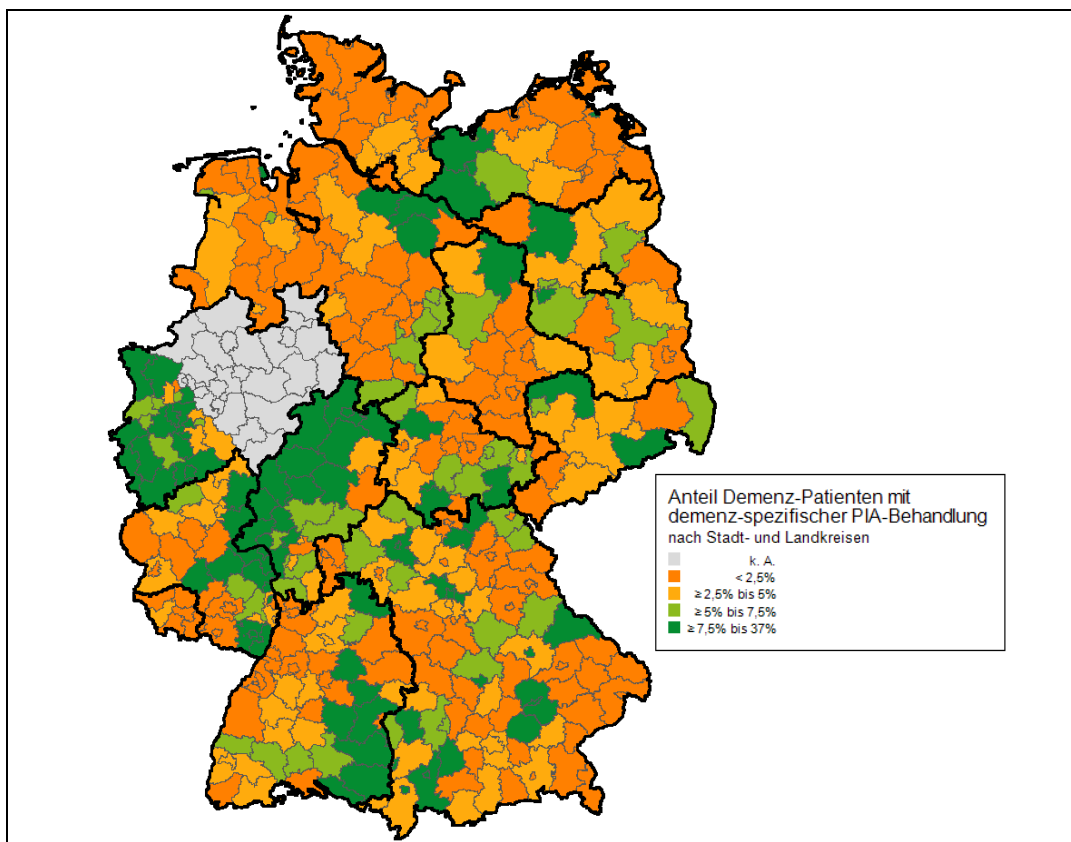
<sup>25</sup> Die Auswertungen zur Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) beruhen auf einer anderen Datengrundlage (siehe hierzu ausführlich Kapitel 3.3).

<sup>26</sup> Die Dauer einer Behandlungsepisode ergibt sich aus dem Zeitraum zwischen dem „Behandlungsdatum Anfang“ und dem „Behandlungsdatum Ende“; die in diesem Zeitraum erfolgten Leistungen sind in der Dokumentation der BARMER GEK nicht enthalten.

1 %. Auch innerhalb der Bundesländer unterschied sich der Anteil der Demenz-Patienten mit demenz-bedingten PIA-Behandlungen deutlich zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten (Abbildung 30).

Dabei konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem regionalen Anteil der Patienten mit demenz-bedingten PIA-Behandlungen einerseits und der Arztdichte der Hausärzte bzw. der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater andererseits festgestellt werden (Korrelationskoeffizienten 0,00 bzw. 0,02). Allerdings besteht ein sehr schwacher negativer Zusammenhang zwischen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsintensität – gemessen an der durchschnittlichen Anzahl der Demenz-Behandlungsfälle bei Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern – und dem Anteil der Patienten mit Demenz-bedingten PIA-Behandlungen: Je mehr vertragsärztliche Fälle je Demenz-Patient diese Fachgruppen behandelten, desto geringer war der Anteil der Demenz-Patienten mit PIA-Behandlungen (Korrelationskoeffizient -0,15).

Abbildung 30: Anteil der Patienten mit mind. einer Demenz-bedingten PIA-Behandlung an allen Demenz-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 1. Hj. 2012



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung

#### 5.4 Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen

Nach der Darstellung der jeweiligen Anteile der unterschiedlichen Sektoren und ärztlichen Fachgruppen an der Versorgung von Demenz-Patienten wurde ausgewertet, in welcher Art und Häufigkeit Demenz-Patienten innerhalb des betrachteten Dreijahreszeitraums in mehreren Sektoren bzw. durch unterschiedliche Fachgruppen behandelt wurden. Hieraus ergibt sich die Häufigkeit intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Demenz-Patienten (Tabelle 26).

Dabei werden auch die Abgrenzungen innerhalb des ambulanten Sektors zwischen fach- und hausärztlicher Behandlung sowie der Arzneimittelversorgung als Schnittstellen betrachtet. Somit werden insgesamt sechs Sektoren bzw. Versorgungsbereiche unterschieden, zwischen denen sich bei der Behandlung eines Patienten Schnittstellen(probleme) ergeben können und deren jeweilige Versorgungsanteile zuvor dargestellt wurden: neben den drei ambulanten Bereichen (Hausarzt, Facharzt, Arzneimittel) der Krankenhaussektor, die Langzeitpflege und die Rehabilitation.

Die Übersicht (Tabelle 26) zeigt die Kombinationen der Beteiligung unterschiedlicher Sektoren bzw. Fachgruppen an der Behandlung von Demenz-Patienten im Zeitraum 2008-2010, die unter den Demenz-Patienten der Analysepopulation am häufigsten vorkamen (bei mind. 1 % der Patienten).

Rund 27 % der Demenz-Patienten erhielten im gesamten Dreijahreszeitraum Leistungen im ambulanten Sektor, sowohl von Vertragsärzten der relevanten Fachgruppen, als auch von Hausärzten und einschließlich der Verordnungen von krankheitsspezifischen Arzneimitteln und Pflegeleistungen. Bei weiteren 16,5 % der Demenz-Patienten fand eine ambulante Behandlung mit demenz-typischen Arzneimitteln und in Kombination mit Pflegeleistungen ausschließlich bei Hausärzten statt. Bei 13,5 % der Demenz-Patienten behandelte ausschließlich der ambulante Sektor mit Haus- und Facharztkontakt und demenz-typischen Arzneimitteln.

Die Fachärzte der relevanten Fachgruppen waren an der Behandlung von nur rund 57 % der Demenz-Patienten zumindest einmal im betrachteten Dreijahreszeitraum beteiligt. Bei 27,5 % der Demenz-Patienten wurde die ambulante vertragsärztliche und medikamentöse Behandlung in den drei Jahren ohne Beteiligung von Fachärzten der relevanten Fachgruppen durchgeführt.

Die Gesamtbetrachtung zeigt, dass im Zeitraum 2008 bis 2010 die Behandlung von rd. drei Viertel der Demenz-Patienten Leistungen aus mindestens drei verschiedenen Versorgungsbereichen umfasste, bei rund 40 % der Demenz-Patienten mindestens vier Versorgungsbereiche (Tabelle 27).

Tabelle 26: Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Demenz-Patienten, 2008-2010

Anzahl Demenz-Patienten	Anteil an Demenz-Patienten insg. (in %) <sup>1)</sup>	ambulant			Krankenhaus	Pflege	Rehabilitation
		Hausarzt	Facharzt <sup>2)</sup>	Arzneimittel			
19.778	27,3%	X	X	X		X	
11.965	16,5%	X		X		X	
9.795	13,5%	X	X	X			
5.271	7,3%	X		X			
5.173	7,2%	X					
4.912	6,8%	X				X	
3.458	4,8%	X	X	X	X	X	
2.344	3,2%	X	X				
2.077	2,9%	X	X			X	
1.424	2,0%	X	X	X		X	X
1.126	1,6%	X		X	X	X	
863	1,2%	X		X		X	X
810	1,1%	X	X	X	X		

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: <sup>1)</sup> Anzahl der Demenz-Patienten im Gesamtzeitraum 2008-2010 in Analysepopulation = 72.338  
<sup>2)</sup> der Fachgruppe Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie

Tabelle 27: Verteilung der Demenz-Patienten nach Anzahl intersektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen, 2008-2010

Anzahl sektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen	Anzahl Demenz-Patienten	Anteil an Demenz-Patienten insg. (in %)
1	5.294	7,3%
2	13.115	18,1%
3	25.173	34,8%
4	23.498	32,5%
5	5.001	6,9%
6	257	0,4%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Auf Basis der Sonderauswertung (vgl. Kapitel 3.3) wurde ergänzend auch für die Patienten mit Demenz-bedingten PIA-Behandlungen die Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen ermittelt. Die Betrachtung beschränkt sich hierbei auf den Zeitraum 1. Halbjahr 2012.

Zunächst ist auffällig, dass fast alle Demenz-Patienten neben mind. einer PIA-Behandlung in demselben Zeitraum auch hausärztlich versorgt wurden und immerhin rd. 11,5 % fachärztlich (Tabelle 28). Dabei gilt gemäß der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern nach § 118 Abs. 2 SGB V, dass eine PIA-Behandlung generell ausgeschlossen ist, „wenn gleichzeitig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten oder eine durch niedergelassene Fachärzte verordnete Soziotherapie stattfindet“. Der für die PIA-Sonderauswertung verkürzte Betrachtungszeitraum von einem halben Jahr legt – wenn nicht notwendigerweise Gleichzeitigkeit – zumindest eine gewisse zeitliche Nähe zwischen PIA-Behandlungen einerseits und ambulanter vertragsärztlicher Behandlung andererseits nahe. Im Hinblick auf den hohen Anteil der Demenz-Patienten, die neben PIA-Behandlungen in demselben Halbjahr auch hausärztlich versorgt wurden, gilt allerdings zu berücksichtigen, dass darin auch nicht Demenz-bezogene Behandlungen enthalten sind. Für die fachärztliche Behandlung kann dies hingegen aufgrund der Beschränkung auf die drei Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie weitgehend ausgeschlossen werden.



Tabelle 28: Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten PIA-Aufenthalt, 1 Hj. 2012

Anzahl Demenz-Patienten <sup>1)</sup>	Anteil an Demenz-Patienten insg. (in %) <sup>2)</sup>	ambulant			Krankenhaus	Pflege	Rehabilitation
		Hausarzt	Facharzt <sup>3)</sup>	Arzneimittel			
3.173	58,8%	X	0	X	0	X	0
710	13,2%	X	0	0	0	X	0
514	9,5%	X	0	X	0	0	0
348	6,4%	X	X	X	0	X	0
150	2,8%	X	0	0	0	0	0
116	2,1%	X	X	X	0	0	0
87	1,6%	X	0	X	X	X	0
47	0,9%	0	0	X	0	X	0
45	0,8%	X	X	0	0	X	0
37	0,7%	X	X	X	X	X	0
28	0,5%	X	X	0	0	0	0
28	0,5%	X	0	X	X	0	0

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: <sup>1)</sup> Wegen geringer Besetzungsstärke nicht dargestellt sind 115 Patienten mit 18 weiteren Schnittstellenkombinationen.  
<sup>2)</sup> Anzahl der Patienten mit mind. einem Demenz-bedingten PIA-Aufenthalt im 1. Halbjahr 2012  
<sup>3)</sup> der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie

Unter den Demenz-Patienten mit PIA-Behandlung im 1. Halbjahr 2012 blieb die Versorgung nur in den wenigsten Fällen exklusiv auf die PIA beschränkt: Lediglich bei 3,5 % der Patienten war maximal ein weiterer der betrachteten Bereiche an der Versorgung beteiligt. Fast drei Viertel der Demenz-Patienten bezogen dagegen neben der PIA zusätzlich Versorgungsleistungen aus drei oder mehr Bereichen. Jeweils über 80 % der Demenz-Patienten mit PIA-Behandlung erhielten in demselben Zeitraum demenz-typische Arzneimittelverordnungen oder Pflegeleistungen, rd. 70 % beides. Am häufigsten gab es im 1. Halbjahr 2012 unter den Demenz-Patienten mit PIA-Behandlung aus den anderen Versorgungsbereichen die Kombination aus hausärztlicher Versorgung zusammen mit Arzneimitteln oder Pflege oder beidem (knapp 83 %).

## **5.5 Patientenversorgung an den intersektoralen und fachgebietsbezogenen Schnittstellen**

### **5.5.1 Behandlung nach Erstmanifestation**

Als Demenz-Patienten mit Erstmanifestation wurden alle Demenz-Patienten definiert, für die nur im Zeitraum 2009 bis 2010 eine Demenz-Diagnose dokumentiert ist, für das Jahr 2008 jedoch (noch) keine. Dabei spielte es keine Rolle, in welchem Versorgungsbereich die Demenz-Diagnose dokumentiert wurde (ambulant, stationär, Rehabilitation oder im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeit)

Anhand dieser Abgrenzung wurden 61.864 Patienten identifizieren, bei denen im Zeitraum 2009 bis 2010 erstmals eine Demenz-Diagnose dokumentiert wurde. Die Patienten erhielten ihre Erstdiagnose fast ausschließlich im ambulanten Bereich (96 %), und dort vor allem beim Hausarzt (66 %) oder beim niedergelassenen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater (20 %).

Innerhalb der sechs Wochen unmittelbar nach der Erstdiagnose wurde rund ein Viertel (25,3 %) aller Demenz-Patienten mit Erstmanifestation durch einen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater behandelt.<sup>27</sup> Dabei war der Anteil in Hessen (21,6 %), Bayern (22,3 %) und Niedersachsen (22,9 %) besonders niedrig, während er im Saarland (34,2 %), in Berlin (29,1 %) und

---

<sup>27</sup> Der Arztkontakt wird unterstellt, wenn der Zeitpunkt des "Behandlungsbegins", einer Arzneimittelverordnung oder der Abrechnung einer Gebührenordnungsposition in einen Zeitraum von sechs Wochen nach dem Erstdiagnose fällt. Allerdings sind auch Arztkontakte möglich, die keine der o.a. Dokumentationen nach sich ziehen. Daher wird der Anteil Demenz-Patienten ohne Arztkontakt tendenziell überschätzt.

in Hamburg (28,4 %) deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag (Tabelle 29).

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil der Demenz-Patienten mit Facharztkontakt im Zeitraum von sechs Wochen nach Erstdiagnose und der regionalen Arztdichte: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner, desto mehr Demenz-Patienten wurden auch innerhalb der ersten sechs Wochen nach erstmaliger Diagnose durch Ärzte dieser Fachgruppen versorgt (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,483).

Auch die durchschnittliche Dauer zwischen der Erstdiagnose und einem Kontakt mit einem niedergelassenen Facharzt (Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater) unterscheidet sich deutlich zwischen den Bundesländern und auch hier war das Saarland mit durchschnittlich 13,7 Tagen führend. Am längsten war der Zeitraum zwischen Erstdiagnose und Folgekontakt beim Facharzt in Brandenburg (19,4 Tage) und Thüringen (19,3 Tage). Ein Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Dauer und der regionalen Facharztdichte lässt sich nicht feststellen (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,053).

Von den 61.864 Demenz-Patienten mit Erstdiagnose Demenz im Zeitraum 1.1.2009 bis 15.11.2010 wurde bei rund 12,3 % in den ersten sechs Wochen nach Erstdiagnose kein Kontakt weder mit einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, noch einem Hausarzt oder ein Krankenhaus- oder Rehabilitationseinrichtungsaufenthalt dokumentiert. Besonders hoch war der Anteil Demenz-Patienten ohne Kontakt in Brandenburg (15,0 %) und Thüringen (14,4 %), besonders niedrig in Schleswig-Holstein (10,3 %) (Tabelle 16).

Tabelle 29: Behandlungen nach Erstdiagnose: Arztkontakte von Demenz-Patienten im Zeitraum von 6 Wochen nach Erstdiagnose nach Bundesländern, 2009-2010

	Anzahl Erstmanifestationen	Demenz-Patienten mit Facharztkontakt innerhalb von 6 Wochen		Dauer bis Facharztkontakt Tage	Demenz-Patienten ohne Arztkontakt* innerhalb von 6 Wochen	
		Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Schleswig-Holstein	2.545	620	24,4%	16,06	261	10,3%
Hamburg	1.389	394	28,4%	17,10	171	12,3%
Niedersachsen	5.461	1.253	22,9%	17,91	649	11,9%
Bremen	246	67	27,2%	19,03	28	11,4%
Nordrhein-Westfalen	16.595	4.663	28,1%	17,27	2.087	12,6%
Hessen	5.128	1.106	21,6%	17,79	653	12,7%
Rheinland-Pfalz	3.249	748	23,0%	16,05	437	13,5%
Baden-Württemberg	5.743	1.421	24,7%	16,07	657	11,4%
Bayern	8.952	1.992	22,3%	16,86	940	10,5%
Saarland	830	284	34,2%	13,66	104	12,5%
Berlin	2.859	833	29,1%	18,19	394	13,8%
Brandenburg	1.784	454	25,4%	19,36	268	15,0%
Mecklenburg-Vorpommern	1.120	306	27,3%	18,11	154	13,8%
Sachsen	2.818	778	27,6%	18,63	361	12,8%
Sachsen-Anhalt	1.654	398	24,1%	18,30	229	13,8%
Thüringen	1.397	341	24,4%	19,30	201	14,4%
<b>insgesamt</b>	<b>61.864</b>	<b>15.680</b>	<b>25,3%</b>	<b>17,29</b>	<b>7.609</b>	<b>12,3%</b>

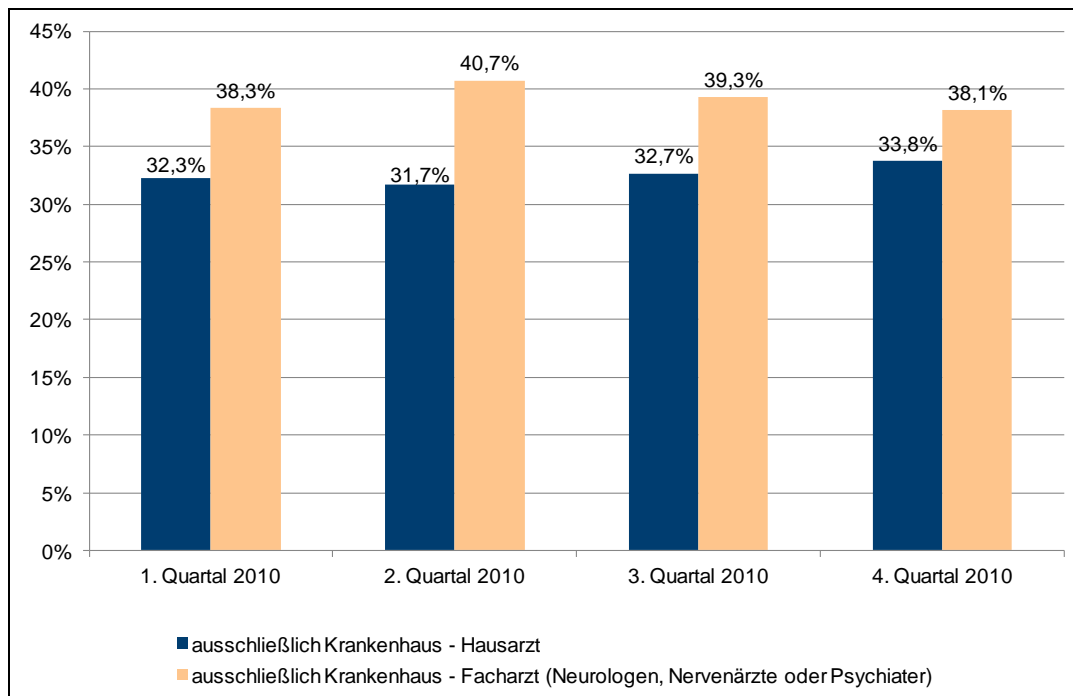
Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: \*ohne dokumentierten Kontakt beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, Hausarzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung

### 5.5.2 Leistungserbringer-Konstellationen

Zwischen 31,7 % und 33,8 % der Demenz-Patienten mit mindestens einem demenz-bedingten Krankenhausaufenthalt erhielten im jeweiligen Quartal mindestens einmal Leistungen im Zusammenhang mit einer demenz-bezogene Diagnose in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich von einem Hausarzt (Abbildung 31). Mehr als 38 % der Demenz-Patienten mit demenzbedingten Krankenhausaufenthalt erhielt dagegen ambulante Leistungen bei einer Demenz-Diagnose ausschließlich von einem niedergelassenen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater<sup>28</sup>.

Abbildung 31: Häufigkeit unterschiedlicher Leistungserbringer-Konstellationen in der Versorgung von Demenz-Patienten innerhalb eines Quartals, 1.-4. Quartal 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

<sup>28</sup> Als ausschließlich fachärztlich behandelt werden hier Demenz-Patienten gezählt, bei denen ein Facharzt der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie die Demenz-Erkrankung behandelt. Diese Demenz-Patienten können zwar auch von einem Hausarzt behandelt worden sein, aber nicht in der Hauptsache wegen ihrer Demenz-Erkrankung. Für die Datenauswertung wurden diese Demenz-Patienten durch das Kriterium abgegrenzt, dass für sie keine Demenz-spezifischen Arzneimittelverordnungen von einem Hausarzt dokumentiert sind.

## 6 Versorgung von Patienten mit Schizophrenie

### 6.1 Ergebnisse im Überblick

#### *Anteil der Schizophrenie-Patienten gestiegen*

Im Jahr 2010 gab es unter den Versicherten der BARMER GEK 37.950 Schizophrenie-Patienten, dies entsprach einem Anteil von 0,44 %. Frauen waren dabei häufiger an Schizophrenie erkrankt als Männer (62 % der Schizophrenie-Patienten vs. 38 %), was nicht der durchschnittlichen Geschlechtsverteilung bei Schizophrenie entspricht, nach der die Prävalenz bei Männern leicht höher ist als bei Frauen. Die Schizophrenie-Prävalenz insgesamt war unter den BARMER GEK-Versicherten im Vergleich zu aktuellen Schätzungen für die Gesamtbevölkerung Deutschlands (rund 1 %) unterdurchschnittlich. Die Zunahme der Zahl der Schizophrenie-Patienten unter den BARMER GEK Versicherten im Zeitraum 2008 bis 2010 ist hingegen vergleichbar mit der durchschnittlichen Inzidenz von jährlich +0,01 % bis +0,02 %. Im Durchschnitt waren die Schizophrenie-Patienten etwa 53 Jahre alt.

#### *Schizophrenie führt sehr häufig zur Erwerbsminderung*

Rund 43,6 % der Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter erhielten im Jahr 2010 eine Erwerbsminderungsrente. Zum Vergleich: In der Gesamtbevölkerung lag der entsprechende Anteil bei lediglich 2,9 %. Von den Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter hatten im Jahr 2010 lediglich rund 4,3 % durchschnittlich 1,6 Phasen der Arbeitsunfähigkeit; bundesweit waren 53,5 % der Erwerbspersonen unter den BARMER GEK-Versicherten durchschnittlich 1,16-mal arbeitsunfähig. Mit rund 44,9 Tagen waren die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den Schizophrenie-Patienten im Mittel jedoch überdurchschnittlich lang (bundesweit: 14,8 Tage).

#### *Schwerpunkt der Versorgung durch niedergelassene Fachärzte*

Fast alle Schizophrenie-Patienten wurden ambulant vertragsärztlich versorgt. Mehr als zwei Drittel (67,8 %) der Schizophrenie-Patienten wurden wegen ihrer Erkrankung im Jahr 2010 durch Vertragsärzte der hier betrachteten Fachgruppen (Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie) behandelt. Etwas mehr als die Hälfte der Schizophrenie-Patienten (52,8 %) wurden ausschließlich durch Vertragsärzte dieser Fachgruppen betreut. Allerdings gab es hierbei zum Teil deutliche regionale Unterschiede: Während der Anteil der Schizophrenie-Patienten mit ausschließlich fachärztlicher Betreuung durch Vertragsärzte in den Stadtstaaten besonders hoch war (Bremen:

70,3 %, Berlin: 64,1 %, Hamburg: 62,4 %), lag der Anteil in Hessen bei nur 41,1 %. Auf Ebene der Städte und Landkreise variieren die Anteile der ausschließlich durch Ärzte der o. g. Fachgebiete versorgten Schizophrenie-Patienten stärker; das Spektrum reicht von 6 % bis 100 %. Dabei zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit der Facharztdichte: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in den Stadt- bzw. Landkreisen praktizierten, desto höher auch der regionale Anteil der Schizophrenie-Patienten, die ambulant ausschließlich durch niedergelassene Fachärzte versorgt wurden.

Im gesamten Zeitraum 2008 bis 2010 erhielt knapp ein Viertel der Schizophrenie-Patienten kein Schizophrenie-spezifisches Arzneimittel verordnet. Am häufigsten wurden Risperidon (18,2 %), Olanzapin (15,7 %) und Quetiapin (15,3 %) verordnet. Dabei war der Anteil der von Hausärzten verordneten Arzneimittel für Schizophrenie-Patienten mit 9 % aller DDDs im Vergleich zu den anderen untersuchten Krankheiten vergleichsweise niedrig.

#### *Stationäre Behandlung von Schizophrenie relativ selten – mit regionalen Unterschieden*

Nur rund 15 % der Schizophrenie-Patienten hatten im Jahr 2010 mindestens einen Krankenhausaufenthalt – durchschnittlich 1,7 Krankenhausaufenthalte – wegen ihrer Schizophrenie-Erkrankung. Zwischen den Bundesländern variieren die entsprechenden Anteilswerte. Dabei waren in den Stadtstaaten die Anteilswerte höher (Bremen 19,5 %, Hamburg 18,1 %, Berlin 17,0 %), in Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz hingegen unter dem Bundesdurchschnitt (11,7 % bzw. 12,6 %). Eine Auswertung auf der kleinräumigen Ebene der Städte und Landkreise zeigt: Je mehr Haus- und Fachärzte in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, desto niedriger ist der Anteil der Patienten mit einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt. Ein positiver Zusammenhang besteht hingegen mit der stationären Bettendichte: Regionen mit einer hohen Bettendichte in Fachabteilungen der Psychiatrie weisen mehr Schizophrenie-Patienten mit Krankenhausaufenthalt auf.

Der überwiegende Anteil der wegen ihrer Schizophrenie stationär aufgenommenen Patienten wurde im Jahr 2010 in einer Fachabteilung der Allgemeinen Psychiatrie behandelt (rund 90 % der Krankenhaüsfälle). Bei der großen Mehrheit der Krankenhaüsfälle (71 %) wurde keine einweisende Fachgruppe vermerkt, entweder weil diese Angabe unbekannt war oder weil der Patient ohne Einweisung (z. B. über die Rettungsstellen oder Notfallstationen der Krankenhäuser) stationär aufgenommen wurde. Nur rund 9 % der Schizophrenie-Patienten wurden von Hausärzten eingewiesen, gefolgt von den Fachärzten für Nervenheilkunde (7,6 % der Fälle).

Eine stationäre oder ambulante Anschlussrehabilitation spielt in der Versorgung von Schizophrenie-Patienten quantitativ keine Rolle: Nur fünf der 37.944 Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 erhielten eine stationäre Anschlussrehabilitation. Kein einziger Schizophrenie-Patient erhielt während des Dreijahreszeitraums eine ambulante Anschlussrehabilitation.

*Schizophrenie-Behandlung in PIA bei insgesamt rd. 18 % der Patienten – mit ausgeprägten regionalen Abweichungen*

Im ersten Halbjahr 2012 wurden 17,6 % der Schizophrenie-Patienten wegen ihrer Erkrankung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt. Diese Schizophrenie-Patienten verursachten durchschnittlich 1,9 Behandlungsfälle innerhalb des betrachteten Halbjahres, d. h. fast alle dieser Schizophrenie-Patienten wurden in beiden Quartalen in einer PIA behandelt. Regional zeigen sich jedoch ausgeprägte Abweichungen von der durchschnittlichen Häufigkeit der PIA-Behandlungen.

Besonders hoch war der Anteil der Patienten mit Schizophrenie-bedingter PIA-Behandlung in Hessen mit rund 31 % aller Schizophrenie-Patienten. Im Saarland (11,0 %) und in Baden-Württemberg (11,6 %) lag der Anteil hingegen deutlich unter dem Durchschnitt. Dabei besteht ein deutlicher negativer Zusammenhang zwischen der vertragsärztlichen Behandlungsintensität – gemessen an der durchschnittlichen Anzahl der Schizophrenie-Behandlungsfälle bei Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern – und dem Anteil der Patienten mit Schizophrenie-bedingten PIA-Behandlungen: Je mehr vertragsärztliche Fälle je Schizophrenie-Patient diese Fachgruppen behandelten, desto geringer war der Anteil der Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlungen.

*Stationäre Pflege bei Schizophrenie-Patienten überdurchschnittlich häufig*

Rund 16 % der Schizophrenie-Patienten waren im Jahr 2010 pflegebedürftig und erhielten Pflegeleistungen nach SGB XI. Damit lag der Anteil Schizophrenie-Patienten mit Pflegestufe deutlich über dem Anteil der Leistungsempfänger in der Sozialen Pflegeversicherung (3,3 %). Der Großteil der pflegebedürftigen Schizophrenie-Patienten (rd. 52 %) erhielt im Jahr 2010 vollstationäre Pflege. Pflege-Sachleistungen wurden als häufigste Form der ambulanten Pflegeleistungen bei rund 18 % der Schizophrenie-Patienten mit Pflegebedarf erbracht.

*Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen*

Unterscheidet man die vier Sektoren ambulant, stationär, Pflege und Rehabilitation sowie innerhalb des ambulanten Sektors die Versorgungsbereiche Hausarzt, Facharzt und Arzneimittel, so zeigt sich: Im Zeitraum 2008 bis 2010 umfasste die Behandlung von rd. 78 % der Schizophrenie-Patienten Leistungen aus mindestens drei verschiedenen Versorgungsbereichen, bei



27 % der Schizophrenie-Patienten mindestens vier Versorgungsbereiche. Rund 42 % der Schizophrenie-Patienten wurden im gesamten Dreijahreszeitraum ausschließlich innerhalb des ambulanten Sektors behandelt. Bei weiteren 17 % der Schizophrenie-Patienten kam mind. ein Schizophrenie-bedingter Krankenhausaufenthalt hinzu.

Die Fachärzte der relevanten Fachgruppen waren an der Behandlung bei der großen Mehrheit der Schizophrenie-Patienten (80 %) zumindest einmal in dem betrachteten Zeitraum beteiligt. Bei 15 % der Schizophrenie-Patienten wurde die ambulante vertragsärztliche und medikamentöse Behandlung in den drei Jahren ohne Beteiligung von Fachärzten der relevanten Fachgruppen durchgeführt.

Eine Sonderauswertung für den Zeitraum 1. Halbjahr 2012 zeigt für die Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlung, dass die überwiegende Mehrheit der Schizophrenie-Patienten (knapp 87 %) neben der PIA-Behandlung in demselben Zeitraum auch hausärztlich versorgt wurde und 13,5 % fachärztlich. Generell sollen jedoch Schizophrenie-Patienten nicht in einer PIA behandelt werden, wenn gleichzeitig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung durch Vertragsärzte stattfindet. Am häufigsten gab es unter den Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlung aus den anderen Versorgungsbereichen die Kombination aus (ausschließlich) Hausarzt und Arzneimittel (knapp 50 %).

#### *Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt*

Mehr als die Hälfte (52,9 %) aller Schizophrenie-Patienten mit mindestens einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt wurden im Jahr 2010 in den vier Wochen nach der Krankenhausentlassung nicht von einem niedergelassenen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater weiter betreut, 21 % der Schizophrenie-Patienten hatten in diesem Zeitraum auch keine hausärztliche Betreuung. Zwischen den Bundesländern unterscheiden sich die Anteile der Patienten, die nach einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt keine ambulante vertragsärztliche Betreuung der relevanten Fachgruppen erhielten, z. T. deutlich: In Hessen war der Anteil mit rund 70 % besonders hoch, während er in Bremen nur 28 % betrug. Dabei gilt: Dort wo mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner praktizierten, war der Anteil ohne Facharztbehandlung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt niedriger. So wohnten rund 60 % der Schizophrenie-Patienten ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach ihrer Krankenhausentlassung in Kreisen und kreisfreien Städten mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl an Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern je 100.000 Einwohner.

Etwa 15,4 % der Schizophrenie-Patienten wurden bereits innerhalb von 30 Tagen nach ihrem Krankenhausaufenthalt wegen ihrer Schizophrenie-

Erkrankung erneut stationär aufgenommen. Nach zwei Monaten waren es rd. 21 %, nach drei Monaten rd. 24 % der Schizophrenie-Patienten, die erneut stationär im Krankenhaus behandelt wurden. Dabei macht es einen Unterschied, ob die Patienten in der Zwischenzeit Kontakt zu einem Facharzt hatten oder nicht. Insgesamt war die Wiederaufnahmerate bei Schizophrenie-Patienten ohne Kontakt zum Nervenarzt, Neurologen oder Psychiater im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung höher als bei Schizophrenie-Patienten mit Kontakt zum Facharzt in diesem Zeitraum. So lag der Anteil Patienten mit Wiederaufnahme nach 30 Tagen ohne Facharztkontakt bei rund 18,7 %, während nur rund 11,2 % der Patienten mit Facharztkontakt wieder mit einer Schizophrenie-Hauptdiagnose stationär aufgenommen wurden. Allerdings ist auffällig, dass diese Divergenz vor allem in den ersten zehn Tagen nach Entlassung entsteht. Das könnte dafür sprechen, dass es sich um grundsätzlich andere Patientengruppen handelt (z. B. unterschiedliche Zustände der Dekompensation) und der Unterschied der Wiederaufnahmeraten der Gruppen nicht ausschließlich auf ihre Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte nach Entlassung zurückzuführen ist.

Auf Basis der Sonderauswertung für das 1. Halbjahr 2012 wurde ermittelt, dass knapp 15 % der Schizophrenie-Patienten im Zeitraum von vier Wochen nach einem stationären Aufenthalt in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt wurden; innerhalb von fünf bis zwölf Wochen nach der Krankenhausentlassung waren es rd. 21 %. Damit lag der PIA-Anteil etwas höher als für die Schizophrenie-Patienten insgesamt (mit und ohne Krankenhausaufenthalt).

#### *Behandlung nach Erstmanifestation*

Die meisten der Patienten, bei denen im Zeitraum 2009 bis 2010 erstmals eine Schizophrenie-Diagnose dokumentiert wurde, erhielten ihre Erstdiagnose im ambulanten vertragsärztlichen Bereich (86 %), bei rund 13 % der Patienten wurde die Schizophrenie erstmals im Krankenhaus (als Haupt- oder Nebendiagnose) dokumentiert. Die Erstdiagnose im ambulanten Bereich wurde fast zu gleichen Teilen von Hausärzten (43 %) und von niedergelassenen Neurologen, Nervenärzten oder Psychiatern (39 %) gestellt.

Innerhalb der sechs Wochen unmittelbar nach der Erstdiagnose wurden rund 38 % aller Patienten mit erstmalig diagnostizierter Schizophrenie durch einen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater behandelt. Dabei war der Anteil in Hessen (30,1 %) besonders niedrig, während er in Bremen (43,7 %) deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag. Dabei bestand ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil der Schizophrenie-Patienten mit Facharztkontakt im Zeitraum von sechs Wochen nach Erstdiagnose und der regionalen Arztdichte der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in

einem Bundesland, desto mehr Schizophrenie-Patienten mit Erstmanifestation wurden innerhalb der ersten sechs Wochen fachärztlich versorgt. Die durchschnittliche Dauer zwischen der Erstdiagnose und einem Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt der betrachteten Fachgruppen lag bei 16,3 Tagen, wobei auch hier regionale Unterschiede festzustellen sind (14,5 Tage in Baden-Württemberg gegenüber 18 Tagen in Hamburg).

Mehr als ein Fünftel der Patienten (22,4 %) wurden in den ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose weder von einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, noch von einem Hausarzt oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts (im Krankenhaus / in einer Rehabilitationseinrichtung) ärztlich betreut. Besonders hoch war der Anteil der Schizophrenie-Patienten ohne ärztliche Betreuung innerhalb der ersten sechs Wochen nach ihrer Erstdiagnose in Hamburg (29,2 %), am niedrigsten in Bayern (20,3 %).

#### *Zusammenwirken Krankenhaus, Hausarzt und Facharzt*

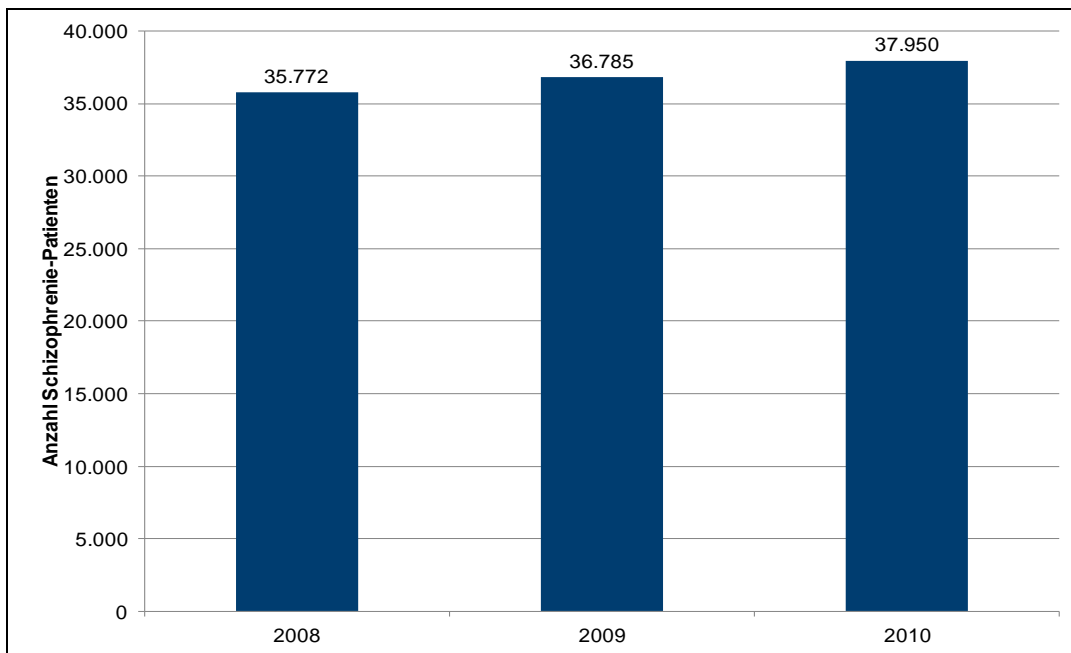
Etwas mehr als ein Fünftel der Schizophrenie-Patienten mit Schizophreniebedingten Krankenhausaufenthalten wurde im gleichen Quartal ambulant ausschließlich durch Hausärzte betreut. Das bedeutet, dass in diesen Fällen die fachärztlichen Behandlungsanteile vollständig durch Krankenhäuser erbracht wurden.

## **6.2 Beschreibung der Patientengruppe**

### **6.2.1 Anzahl und Versichertenanteil, Alter und Geschlecht, regionale Verteilung**

Im Jahr 2010 gab es unter den Versicherten der BARMER GEK knapp 37.950 Schizophrenie-Patienten, dies entsprach einem Anteil von 0,44 %. Im Vergleich zum Jahr 2008 lag die Anzahl der Patienten mit Schizophrenie um rund 6 % höher (Abbildung 32). Damit ist die Zahl der Schizophrenie-Patienten im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich stärker gestiegen als die Anzahl der Versicherten der BARMER GEK insgesamt (+0,75 % auf rd. 8,55 Mio.), so dass sich der Anteil der Schizophrenie-Patienten an den Versicherten von 0,42 % (2008) auf 0,44 % (2010) erhöhte.

Abbildung 32: Anzahl der Schizophrenie-Patienten (Grundgesamtheit), 2008-2010



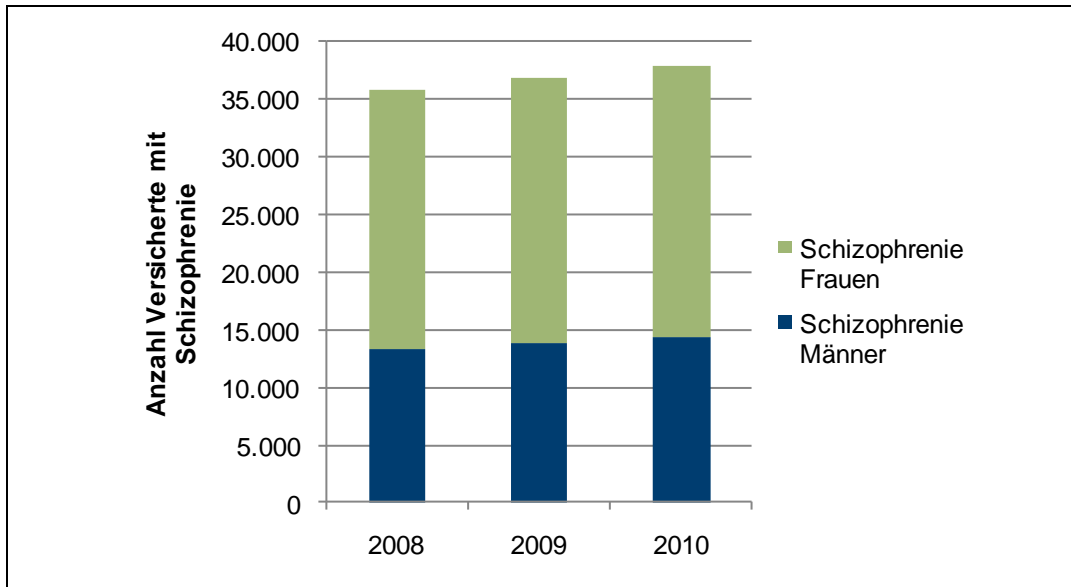
Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Schizophrenie trat vor allem bei weiblichen Patienten auf: 62 % der Schizophrenie-Patienten waren Frauen (Abbildung 33). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Frauenanteil unter den Versicherten der BARMER GEK überproportional hoch ist (58,8 % Frauen im Jahr 2010). Bezieht man die Anzahl der Patienten im Jahr 2010 auf die Anzahl der BARMER GEK-Versicherten differenziert nach Geschlecht, ergibt sich für Frauen eine Prävalenz von 0,47 % und für Männer von 0,41 %. Eine Geschlechtsstandardisierung der BARMER GEK-Versicherten würde die Gesamtprävalenz allerdings nur sehr geringfügig ändern (0,439 % statt 0,444 % ohne Standardisierung), so dass sich der hohe Frauenanteil unter den BARMER GEK-Versicherten nur unwesentlich auf die höhere Prävalenz der Schizophrenie bei Frauen auswirkt. Allerdings gehen Prävalenzschätzungen für Deutschland insgesamt eher von einem leicht höheren Anteil von Schizophrenieerkrankungen bei Männern als bei Frauen aus (Verhältnis 1,4 : 1).<sup>29</sup> Insgesamt liegt die Prävalenz der Schizophrenie unter den BARMER GEK-Versicherten deutlich unter den deutschlandweiten Schätzungen von rund

<sup>29</sup> Vgl. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA (2008) Schizophrenia, "Just the facts" 2: Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 102: 1 -18.

1 %<sup>30</sup>, sind aber im betrachteten Zeitraum mit einer europaweit vergleichbaren Inzidenz (+0,01 bis +0,02% pro Jahr) gestiegen.<sup>31</sup>

Abbildung 33: Patienten mit Schizophrenie nach Geschlecht, 2008-2010



Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Das Alter der Patienten wurde mit Hilfe der Angaben zum Geburtsjahr für jedes der Jahre des Analysezeitraums berechnet. Für rund 0,15 % der Analysepopulation lag kein Geburtsjahr vor. Das Durchschnittsalter der Schizophrenie-Patienten lag im Jahr 2008 bei 51,9 Jahren und stieg bis zum Jahr 2010 auf 53,9 Jahre.

Aufgrund der schwierigen Abgrenzung von Schizophrenie-Erkrankungen im Kindesalter wurden in den nachfolgenden Analysen der Behandlungen nach Leistungssektoren und der Patientenversorgung an den intersektoralen und fachgebietsbezogenen Schnittstellen die Gruppe der Patienten unter zehn Jahren ausgeschlossen.

<sup>30</sup> Vgl. Gaebel W, Wölwer W (2010). Schizophrenie. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50. Schizophrenie. Berlin, Juni 2010, S. 16. oder Kompetenznetz Schizophrenie (2010). Kompaktinformation zur Schizophrenie. URL: <http://www.kns.kompetenznetzschizophrenie.info/?q=node/8> (Zugriff am 23.03.2013).

<sup>31</sup> Saha S, Welham J, Chant D et al. (2006) Incidence of schizophrenia does not vary with economic status of the country: evidence from a systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41 (5): 338-34.

Bezogen auf alle Versicherten der BARMER GEK im jeweiligen Bundesland lag der Anteil der Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 mit 0,55 % in Bremen und Nordrhein-Westfalen am höchsten (Tabelle 30).

Tabelle 30: Anteil der Schizophrenie-Patienten an allen BARMER GEK-Versicherten nach Bundesländern, 2010

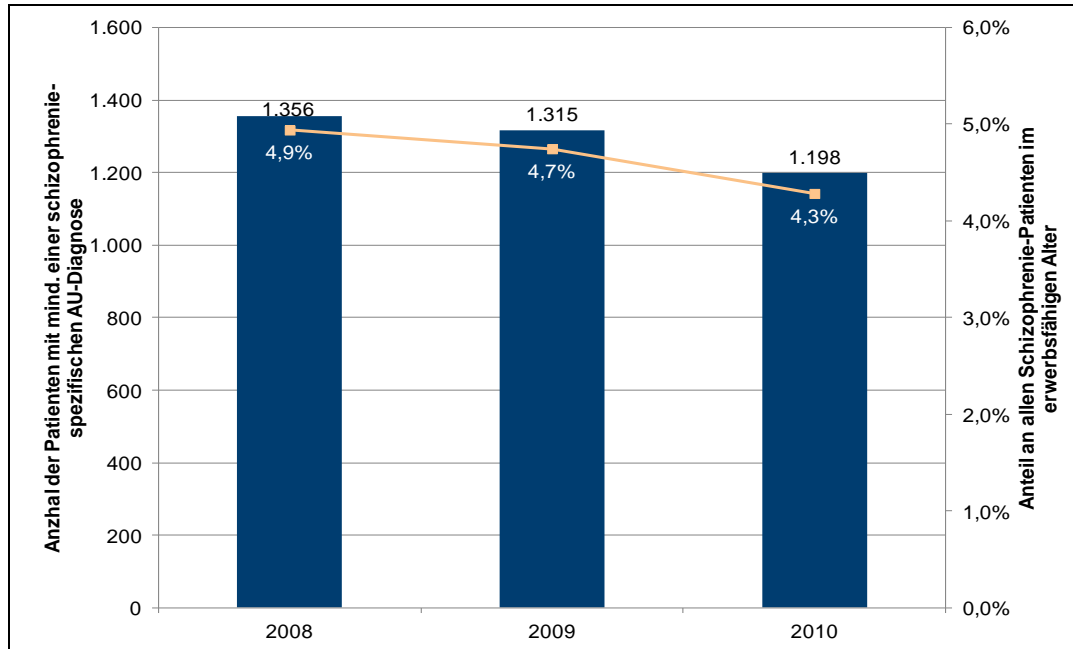
<b>Bundesland</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil an Versicherten in %</b>
Baden-Württemberg	3.490	0,45%
Bayern	4.865	0,46%
Berlin	1.817	0,45%
Brandenburg	1.104	0,27%
Bremen	202	0,55%
Hamburg	910	0,52%
Hessen	3.087	0,44%
Mecklenburg-Vorpommern	679	0,29%
Niedersachsen	2.831	0,38%
Nordrhein-Westfalen	11.798	0,55%
Rheinland-Pfalz	2.032	0,47%
Saarland	629	0,52%
Sachsen	1.162	0,29%
Sachsen-Anhalt	982	0,33%
Schleswig-Holstein	1.483	0,41%
Thüringen	780	0,31%
Ausland	42	
ohne Angaben	57	
<b>Insgesamt</b>	<b>37.950</b>	<b>0,44%</b>

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

### 6.2.2 Arbeitsunfähigkeit

Unter den Schizophrenie-Patienten war eine Phase der Arbeitsunfähigkeit infolge der Diagnose Schizophrenie relativ selten und traf im Jahr 2010 auf einen Anteil (bezogen auf die Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter) von rund 4,3 % zu (Abbildung 34). Der entsprechende Anteil Schizophrenie-Patienten mit mindestens einer Phase der Arbeitsunfähigkeit sank im Analysezeitraum von rund 4,9 % (2008) auf 4,3 % (2010).

Abbildung 34: Anzahl Schizophrenie-Patienten mit mind. einer krankheitsspezifischen AU-Diagnose und Anteil an allen Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter, 2008-2010



Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Die Schizophrenie-Patienten, die im Laufe eines Jahres als arbeitsunfähig galten, erlebten durchschnittlich rund 1,6 Phasen der Arbeitsunfähigkeit pro Jahr. Die durchschnittliche Anzahl der AU-Fälle je Versicherten mit mind. einer Phase der Arbeitsunfähigkeit war dabei im Analysezeit nahezu konstant (2008: 1,61 Fälle, 2010: 1,64 Fälle).

Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug bei Schizophrenie-Patienten rund 44,9 Tage im Jahr 2010. Die Anzahl der AU-Tage sank dabei zwischen den Jahren 2008 und 2009 und stieg dann im Jahr 2010 leicht, wenn auch nicht auf das Niveau von 2008 erreicht wurde (2008: 46,9 Tage, 2009: 42,2 Tage, 2010: 44,9 Tage).

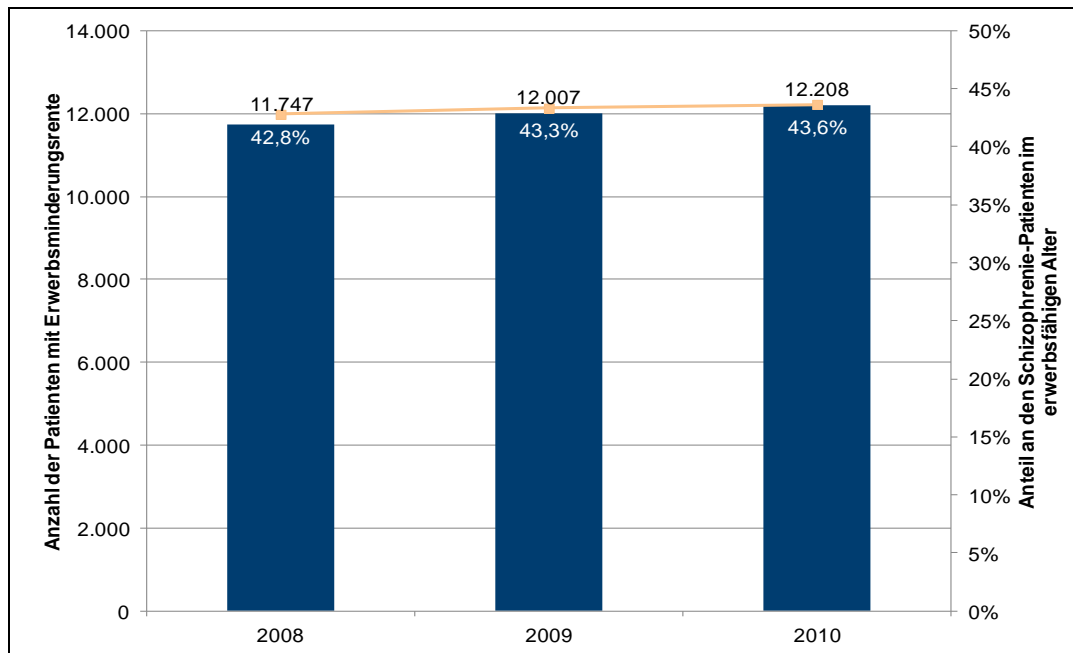
Zum Vergleich: Bundesweit waren – alters- und geschlechtsstandardisiert – 53,5 % der Erwerbspersonen unter den BARMER GEK-Versicherten durchschnittlich 1,16-mal arbeitsunfähig. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit lag bundesweit bei 12,8 Tagen je AU-Fall (bzw. bei 14,8 Tagen bezogen auf ganzjährige Versichertenzeiten).

### 6.2.3 Erwerbsminderung

Von allen Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter in der Analysepopulation erhielt im Jahr 2010 rund 43,6 % (n = 12.208) eine Erwerbsminderungsrente (Abbildung 35). Damit sind Schizophrenie-Patienten

weitaus häufiger von einer Erwerbsminderungsrente betroffen als eine Person im erwerbsfähigen Alter im bundesweiten Durchschnitt (rund 2,9 %).<sup>32</sup>

Abbildung 35: Anzahl Schizophrenie-Patienten mit Erwerbsminderungsrente und Anteil an allen Schizophrenie-Patienten im erwerbsfähigen Alter nach Krankheitsbild, 2008-2010



Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Die meisten Patienten erhielten dabei in den betrachteten Jahren durchgängig eine Erwerbsminderungsrente. Die durchschnittliche Anzahl der Tage mit Erwerbsminderungsrente je Patient lag nur geringfügig unter 365 Tagen und entsprach damit nahezu der Dauer des gesamten Jahres (2008: 352,7 Tage, 2009: 351,1 Tage, 2010: 355,5 Tage).

<sup>32</sup> Im Jahr 2010 erhielten rund 1,5 Mio. Personen im erwerbsfähigen Alter in Deutschland eine EM-Bestandsrente (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2011) bei insgesamt rund 54 Mio. Personen im erwerbsfähigen Alter im Jahr 2010 (vgl. [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=699EC0795156AA156ED3E62AC71A0F43.tomcat\\_GO\\_1\\_1?operation=previous&levelindex=3&levelid=1333126763423&step=3](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=699EC0795156AA156ED3E62AC71A0F43.tomcat_GO_1_1?operation=previous&levelindex=3&levelid=1333126763423&step=3), Abruf am 30.03.2012).



### 6.3 Anteile der unterschiedlichen Leistungssektoren und -bereiche an der Versorgung von Schizophrenie-Patienten

#### 6.3.1 Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung wurde von fast allen Schizophrenie-Patienten in den betrachteten Jahren 2008 bis 2010 in Anspruch genommen. Nur weniger als 1 % der Schizophrenie-Patienten wurden innerhalb eines Jahres nicht von niedergelassenen Haus- oder Fachärzten ambulant versorgt.

Zum Großteil übernahmen Ärzte der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie die Behandlung von Schizophrenie: Bei rund 68 % der Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 waren sie zumindest an der Behandlung beteiligt (Tabelle 31).

Tabelle 31: Beteiligung der ärztlichen Fachgruppen an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Schizophrenie-Patienten, 2010

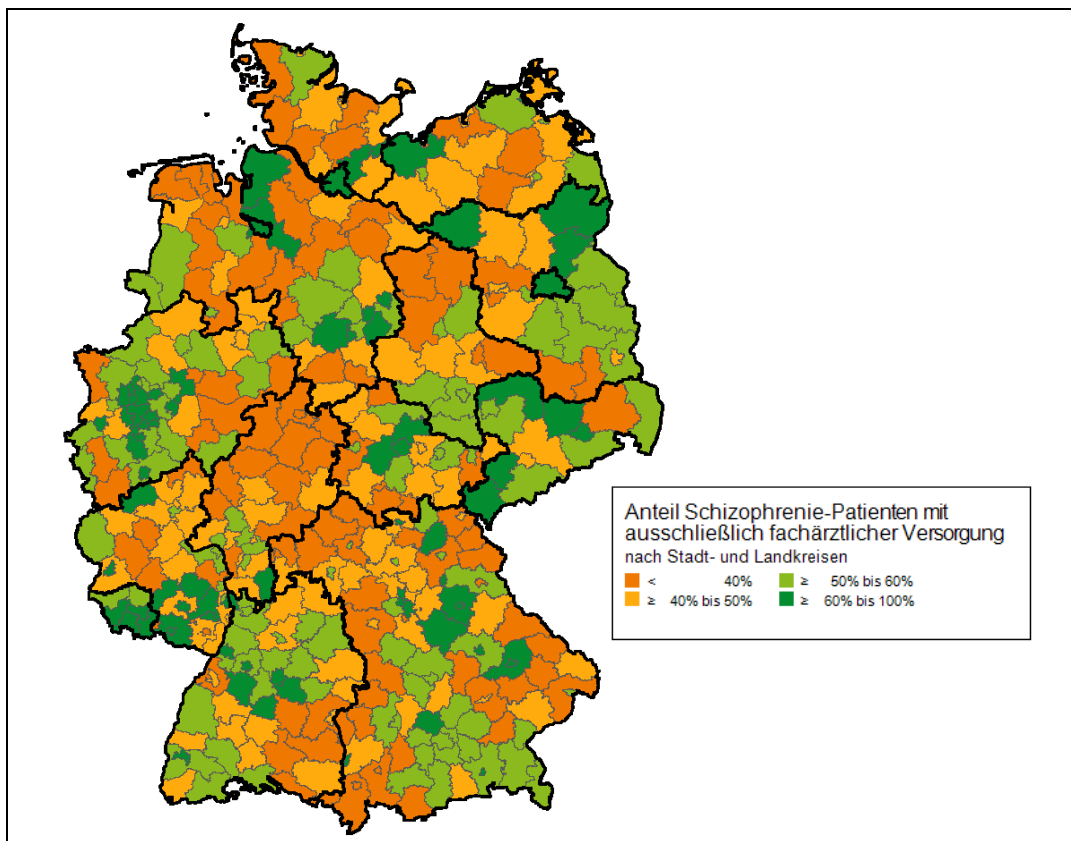
<b>Schizophrenie-Patienten</b>	<b>100%</b>
<i>davon:</i>	
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Behandlung	99,4%
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Behandlung beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater	67,8%
Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Schizophrenie-Behandlung ausschließlich beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater (d. h. ohne schizophrenie-spezifische Verordnung beim Hausarzt)	52,8%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Etwas mehr als die Hälfte (52,8 %) der 37.944 Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 wurde ambulant ausschließlich durch niedergelassene Fachärzte der hier betrachteten Fachgruppen betreut (d. h. es wurde keine schizophrenie-spezifischen Arzneimittel von einem Hausarzt verordnet). Der Anteil der Schizophrenie-Patienten, die ausschließlich fachärztlich durch die hier betrachteten Fachgruppen betreut wurden, war in den Stadtstaaten (Bremen: 70,3 %, Berlin: 64,1 %, Hamburg: 62,4 %) sowie im Saarland (65,9 %) am höchsten. Am geringsten war der Anteil in Hessen mit rund 41,1 % der Schizophrenie-Patienten. Auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ergibt sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil der Schizophrenie-Patienten mit ausschließlich fachärztlicher Versorgung durch die hier betrachteten Fachgruppen an allen Schizophrenie-Patienten einerseits und der regionalen Arztdichte der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater andererseits (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,366): In Kreisen mit mehr

krankheitsspezifischen Fachärzten je 100.000 Einwohner wurde ein höherer Anteil der Schizophrenie-Patienten ausschließlich fachärztlich (d. h. ohne schizophrenie-spezifische Verordnung durch einen Hausarzt) betreut (Abbildung 36).

Abbildung 36: Anteil der Patienten mit ambulanter vertragsärztlicher Schizophrenie-Behandlung ausschließlich durch die Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie an allen Schizophrenie-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Die Schizophrenie-Patienten hatten im Jahr 2010 insgesamt 508.414 vertragsärztliche Behandlungsfälle (2008: 417.123 und 2009: 490.356).<sup>33</sup> Dies

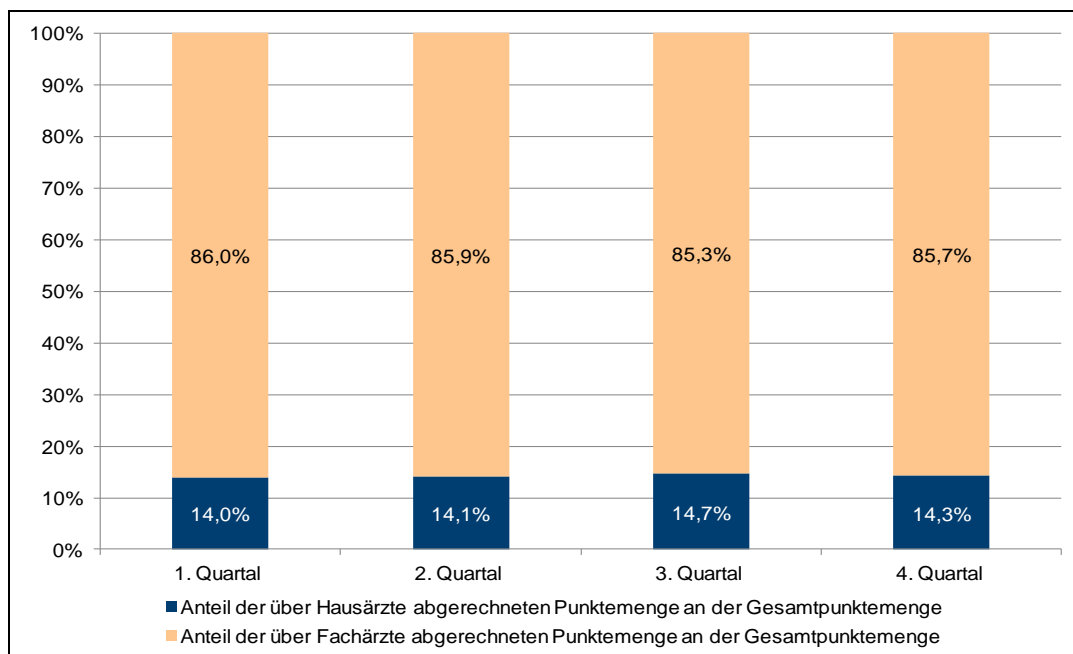
<sup>33</sup> Hierbei handelt es sich um die Behandlungsfälle insgesamt, d. h. unabhängig davon, ob die Behandlung aufgrund einer Schizophrenie oder aufgrund einer anderen Erkrankung erfolgte. Ein Behandlungsfall ist definiert als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis innerhalb eines Kalendervierteljahrs zu Lasten derselben Krankenkasse. Ein Behandlungsfall kann entsprechend mehrere Arztkontakte umfassen.

entsprach in den Jahren 2010 und 2009 einer durchschnittlichen Anzahl von rund 13,4 Behandlungsfällen pro Patient (alle ärztlichen Fachgruppen). Dabei stieg die Anzahl der Behandlungsfälle bei Schizophrenie-Patienten im Zeitverlauf an: im Jahr 2008 entfielen nur rund 11,7 Behandlungsfälle auf einen Patienten.

Für die Schizophrenie-Patienten lag die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsfälle je Patient im Zeitraum 2008 bis 2010 deutlich über den Vergleichswerten, die von der BARMER GEK für die gesamte ambulante vertragsärztliche Versorgung ermittelt wurden (2008: 7,4 und 2010: 7,9 Behandlungsfälle je Person).<sup>34</sup>

Insgesamt wurden von den Fachärzten und von den Hausärzten, die schizophrenie-spezifische Arzneimittel verordneten, im 4. Quartal 2010 rund 66,6 Mio. Punkte abgerechnet. Davon entfielen rund 86 % auf Fachärzte; Hausärzte erbrachten mit rund 14 % nur einen relativ geringen Anteil an den insgesamt abgerechneten Punkten (Abbildung 37).

Abbildung 37: Anteile der abgerechneten Punkte an der Gesamtzahl der für die Versorgung von Schizophrenie-Patienten abgerechneten Punkte nach Arztgruppen, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

<sup>34</sup> Vgl. BARMER GEK Arztreport 2012: 41.

Allerdings behandelten die Hausärzte auch wesentlich weniger Schizophrenie-Patienten (d. h. nur bei wenigen Schizophrenie-Patienten wurde von den Hausärzten ein schizophrenie-spezifisches Arzneimittel verordnet). Damit war die Anzahl der durchschnittlich abgerechneten Punkte mit rund 2.864 Punkten je Patient im vierten Quartal 2010 nahezu identisch bei den Haus- und Fachärzten.

### 6.3.2 Arzneimittelversorgung

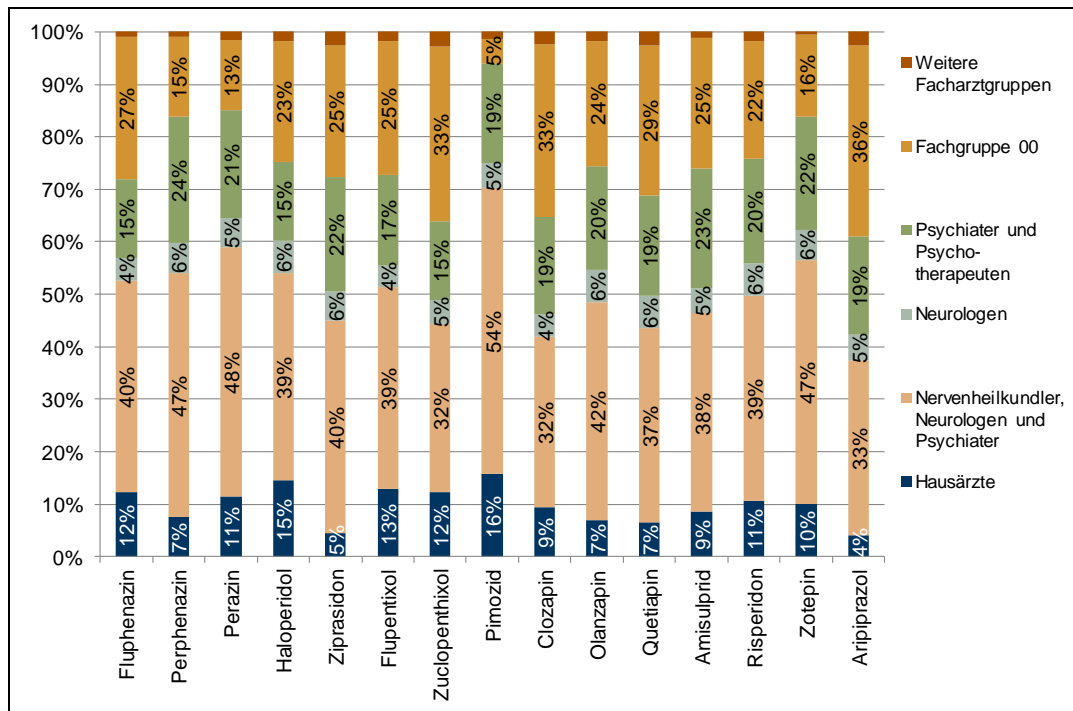
Die häufigsten Arzneimittelwirkstoffe, die Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 erhielten, waren Risperidon, Olanzapin und Quetiapin.<sup>35</sup>

Bei den Schizophrenie-Patienten wurde im Jahr 2010 bei allen Arzneimitteln über die Hälfte der DDDs von Vertragsärzten der Fachgruppen Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie verordnet (Abbildung 38). Aufgrund unterschiedlicher Packungsgrößen kann die Verteilung der Arzneimittelmengen in DDDs nach Fachgruppen von der Verteilung der Verordnungen abweichen. Die Verteilung der Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen gibt Aufschluss über die Häufigkeitsunterschiede im Arzt-Patienten-Kontakt in den einzelnen Fachgruppen, wenn man davon ausgeht, dass jede Verordnung mit einem Arztkontakt einhergeht. Da sich bei einer Auszählung der Anzahl der Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen ein recht ähnliches Bild ergibt wie bei den DDDs nach Fachgruppen, wird auf eine Darstellung der Anzahl der Verordnungen nach ärztlichen Fachgruppen verzichtet.

---

<sup>35</sup> Es ist möglich, dass der behandelnde Arzt ein Rezept ausgestellt hat, der Patient dieses aber nicht in einer Apotheke eingelöst hat. Die Krankenkassendaten der BARMER GEK enthalten nur Informationen über eingelöste Verordnungen. Es ist daher nicht möglich, zwischen Patienten ohne Arzneimittelverordnung und Patienten, die ein Rezept nicht eingelöst haben, zu unterscheiden.

Abbildung 38: Anteile der ärztlichen Fachgruppen an den verordneten DDDs der schizophrenie-spezifischen Arzneimittel, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

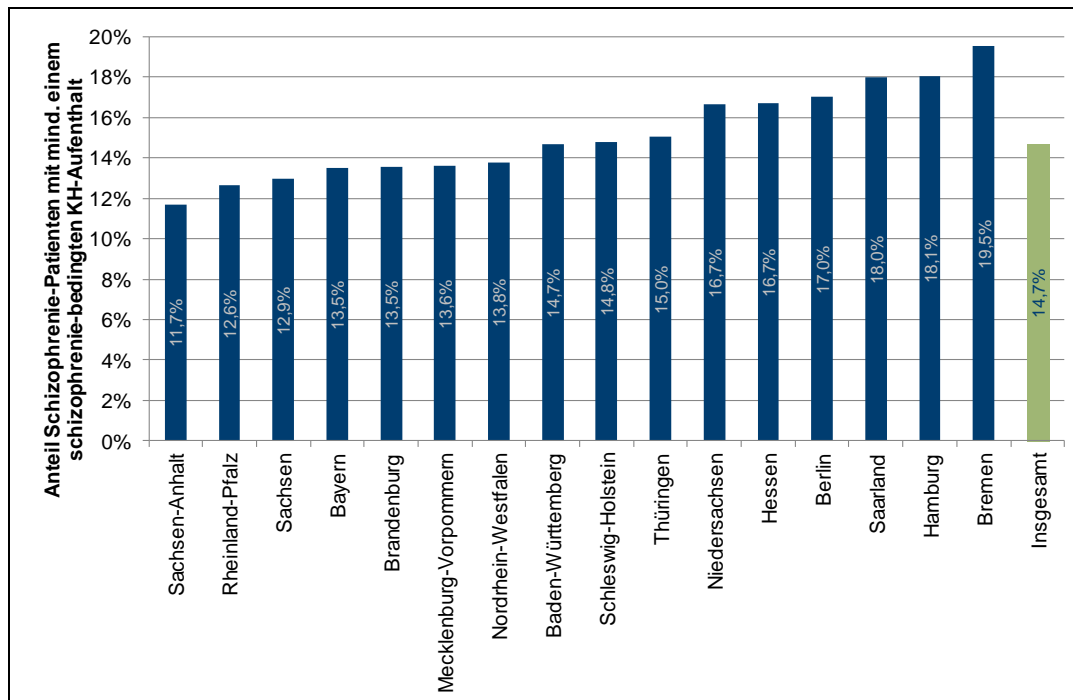
Am höchsten war der Anteil der verordneten DDDs dieser drei ärztlichen Fachgruppen für Pimozid (78,1 %), Perphenazin (76,3%), Zotepin (73,9 %) und Perazin (73,7 %). Insgesamt lag bei den Schizophrenie-Patienten der von den Hausärzten verordneten DDDs zwischen 4 % und 16 %. Im Vergleich der drei untersuchten Krankheitsbilder war der Anteil der Hausärzte an den Verordnungen damit am niedrigsten. Betrachtet man Verordnungen anstelle von DDDs, so liegt der Anteil der Hausärzte an den Verordnungen bei allen Arzneimitteln leicht über ihrem entsprechenden Anteil an den verordneten DDDs.

### 6.3.3 Krankenhausversorgung

Der bundesdurchschnittliche Anteil der Schizophrenie-Patienten mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt und Schizophrenie als Hauptdiagnose betrug 14,7 % im Jahr 2010. Zwischen den Bundesländern variieren die entsprechenden Anteilswerte z. T. deutlich. So war der Anteil der Schizophrenie-Patienten mit mind. einem schizophrenie-bedingten stationären Aufenthalt im Jahr 2010 insbesondere in den Stadtstaaten Bremen (19,5 %), Hamburg (18,1 %) und Berlin (17,0 %) und dem Saarland (18,0 %) auffällig hoch (Abbildung 39). Hinzu kamen Sachsen-Anhalt (11,7 %), Rhein-

land-Pfalz (12,6 %) und Sachsen (12,9 %) mit deutlich unterdurchschnittlichen Anteilswerten.

Abbildung 39: Anteil der Schizophrenie-Patienten mit mind. einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausfall an allen Schizophrenie-Patienten nach Bundesland, 2010

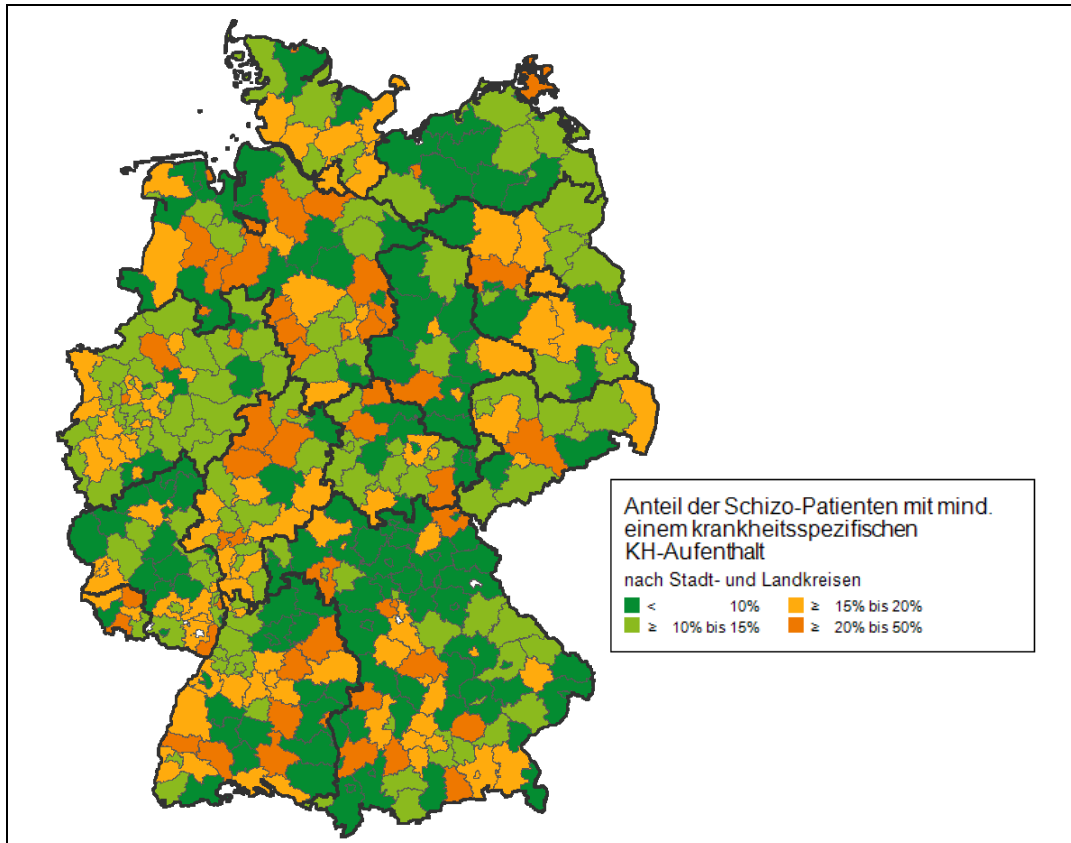


Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung.

Die Anteile der Schizophrenie-Patienten mit mind. einem schizophrenie-bedingten Krankenhausfall an allen Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 unterscheiden sich zwischen den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten noch deutlicher; allerdings lässt sich kein einheitliches regionales Muster ableiten (Abbildung 40). Am höchsten war die krankheitsspezifische Hospitalisierungsrate im Jahr 2010 im Landkreis Helmstedt (49,7 %) und der kreisfreien Stadt Wilhelmshaven (44,1 %) in Niedersachsen; in zwölf Kreisen und kreisfreien Städten, vor allem in Bayern, wurde im Jahr 2010 kein einziger Schizophrenie-Patient stationär mit einer Schizophrenie-Hauptdiagnose behandelt.

Abbildung 40: Anteil der Schizophrenie-Patienten mit mind. einem schizophreniebedingten Krankenhausfall an allen Schizophrenie-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung. Für die kreisfreien Städte Landau in der Pfalz, Zweibrücken, Weiden i.d.OPf., Schwabach und Wismar liegen keine stationären Daten zu Schizophrenie-Patienten vor (=weiße Flecken).

Will man mögliche Zusammenhänge der krankheitsspezifischen Hospitalisierungsrates bei Schizophrenie-Patienten mit ambulanten und stationären Versorgungskapazitäten untersuchen, eignen sich Korrelationsanalysen.

Errechnet man den Pearson-Korrelationskoeffizienten zwischen dem Anteil der Patienten mit mind. einem schizophreniebedingten Krankenhausaufenthalt und den stationären und ambulanten Angebotskapazitäten, so zeigen sich nur sehr schwache Zusammenhänge (Tabelle 32).

Tabelle 32: Zusammenhang zwischen dem Anteil der Schizophrenie-Patienten mit mind. einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt und den stationären und ambulanten Angebotskapazitäten, 2010

Korrelation mit	KH-Häufigkeit Schizo 2010
Anzahl Hausärzte je 100.000 EW	-0,1254
Anzahl Neuro/Nerv/Psy je 100.000 EW	0,0063
Anzahl Fachinternisten je 100.000 EW	-0,0205
Anzahl amb. neuro/nerv/psych Fälle je Schizophrenie-Patient	0,0169
Anzahl Betten Neurologie je 100.000 EW	-0,0190
Anzahl Betten Psych je 100.000 EW	0,1014

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten, Grunddaten der Krankenhäuser 2010 des Statistischen Bundesamtes sowie Daten des Bundesarztregisters der KBV

Eine multivariate Regressionsanalyse, bei der die Zusammenhänge der ambulanten und stationären Angebotskapazitäten untereinander Berücksichtigung finden, zeigt allerdings einen signifikanten negativen Einfluss der Vertragsarztdichte insgesamt ( $p=0,035$ ) und einen signifikanten positiven Einfluss der Bettendichte in relevanten Fachabteilungen (Neurologie, Psychiatrie) ( $p=0,000$ ).

Die 4.730 Schizophrenie-Patienten mit Krankenhausaufenthalt wurden im Jahr 2010 durchschnittlich 1,7 mal im Jahr aufgrund einer Schizophrenie-Diagnose stationär aufgenommen. In den Jahren 2008 und 2009 lag die durchschnittliche Anzahl der Schizophrenie-bedingten Krankenhaushfälle je Patient bei 1,8.

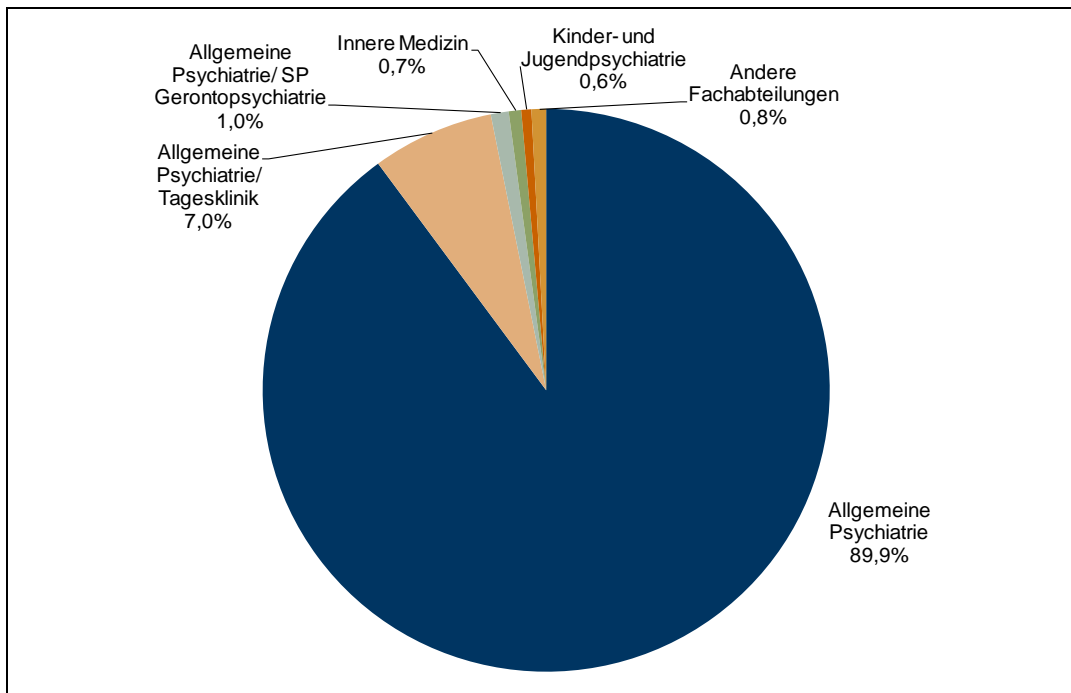
Die durchschnittliche Verweildauer der schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalte betrug im Jahr 2010 durchschnittlich 32,3 Tage je Aufenthalt und war damit mehr als viermal so hoch wie die durchschnittliche Verweildauer über sämtliche Diagnosen mit 7,9 Tagen.

Die durchschnittliche Verweildauer je Aufenthalt ging im Analysezeitraum bei Schizophrenie-Patienten kontinuierlich von 33,4 Tagen im Jahr 2008 auf 32,8 Tage im Jahr 2009 und 32,3 Tage im Jahr 2010 zurück.

Der Großteil der Schizophrenie-Patienten mit schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalten im Jahr 2010 wurde in Fachabteilungen der Allgemeinen Psychiatrie behandelt (rund 90 % der Krankenhaushfälle) (Abbildung 41). Weitere 7 % der schizophrenie-bedingten Krankenhaushfälle wurden tagesklinisch in einer Allgemeinen Psychiatrie behandelt.



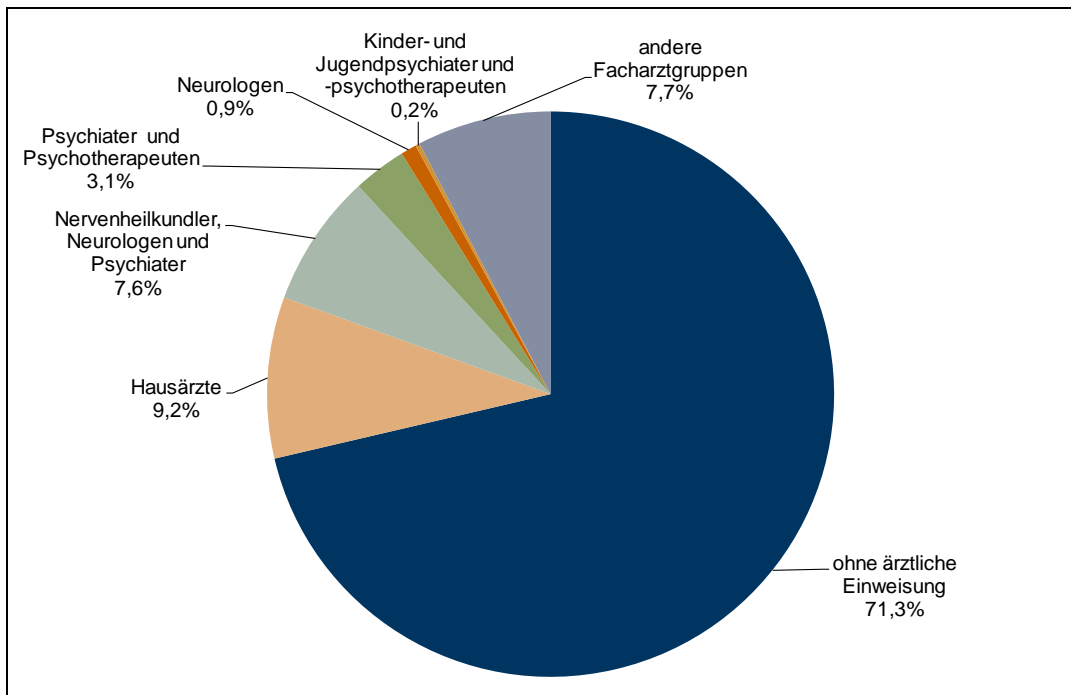
Abbildung 41: Anteile der Fachabteilungen an der Behandlung schizophreniebedingter Krankenhausfälle, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Bei den Schizophrenie-Patienten kam die Selbsteinweisung bzw. die fehlende Angabe zur einweisenden ärztlichen Fachgruppe sehr häufig vor: Bei rund 71 % der schizophreniebedingten Krankenhausfälle im Jahr 2010 wurde keine einweisende ärztliche Fachgruppe vermerkt. Schizophrenie-Patienten mit schizophreniebedingten Krankenhausfällen wurden am häufigsten von Hausärzten eingewiesen (9,2 % der Fälle), gefolgt von den Fachärzten für Nervenheilkunde (7,6 % der Fälle) (Abbildung 42). Rund 3 % der Krankenhausfälle mit schizophrenewspezifischer Hauptdiagnose wurden von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie eingewiesen.

Abbildung 42: Anteile ärztlicher Fachgruppen an den Einweisungen von schizophrenie-bedingten Krankenhausfällen, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

#### 6.3.4 Stationäre und ambulante Anschlussrehabilitation

Bei den Schizophrenie-Patienten waren in den Jahren 2008 und 2009 insgesamt nur vier und im Jahr 2010 insgesamt nur fünf Patienten aufgrund einer schizophrenie-spezifischen Hauptdiagnose in einer stationären Anschlussrehabilitation (Tabelle 33). Dies entsprach einem Anteil von nur rund 0,01 % der Schizophrenie-Patienten. Eine ambulante Anschlussrehabilitation aufgrund einer schizophrenie-spezifischen Hauptdiagnose wurde im Beobachtungszeitraum nicht in Anspruch genommen.

Tabelle 33: Anzahl der Patienten mit stationärer und ambulanter Anschlussrehabilitation, 2008-2010

Patientengruppe	Anzahl Patienten	Anzahl Patienten mit stat. Reha	Anzahl stat. Reha-Fälle	Anzahl Patienten mit amb. Reha
<b>Schizophrenie</b>				
2008	35.766	4	4	0
2009	36.774	4	4	0
2010	37.944	5	5	0

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass auf Basis der hier genutzten Datengrundlage keine Aussagen über die Häufigkeit von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation getroffen werden können, die durch andere Kostenträger finanziert werden. Dies dürfte insbesondere auf den Anteil der Schizophrenie-Patienten mit Erwerbsminderungsrenten zutreffen (32,2 % der Schizophrenie-Patienten). Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation für diese Patientengruppe werden im Regelfall von der Gesetzlichen Rentenversicherung finanziert.

### 6.3.5 Pflegestufe und -leistungen

Der Pflegeaufwand wird je nach Umfang des Hilfebedarfs eines Patienten drei Pflegestufen zugeordnet. Von den 37.944 Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 wurden rund 15,9 % (n = 6.047) einer der drei Pflegestufen zugeordnet (Tabelle 34). Der Anteil Schizophrenie-Patienten mit Pflegestufe ist zwischen den Jahren 2008 und 2010 leicht von 11,3 % auf 14,5 % gestiegen, am deutlichsten in der Pflegestufe 3 (um rund 60 % von 1,3 % im Jahr 2008 auf 2,1 % im Jahr 2010). Die durchschnittliche Dauer der Einstufung als pflegebedürftig variierte dabei zwischen 291,5 Tagen (Härtefall Stufe 1) und 316,2 Tagen (Pflegestufe 3).

Tabelle 34: Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit unter Schizophrenie-Patienten nach Pflegestufe und Dauer der festgestellten Pflegebedürftigkeit in Tagen, 2010

	Anteil an Schizophrenie-Patienten in %	Durchschnittliche Dauer in Tagen
ohne Pflegestufe	85,5%	
Pflegestufe 1	8,5%	308,1
Pflegestufe 2	5,3%	309,3
Pflegestufe 3	2,1%	316,2
Härtefall Stufe 3	0,1%	291,5

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die dargestellten Prozentwerte summieren sich nicht zu 100 %, da einige Patienten im Verlauf des Jahres 2010 die Pflegestufe gewechselt haben und in mehr als einer Kategorie gezählt werden.

Bei pflegebedürftigen Schizophrenie-Patienten wurde der Großteil der Pflegeleistungen im Jahr 2010 vollstationär erbracht (51,6 % nach § 43 und 0,4 % nach § 43a). Die Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a erfolgten dabei typischerweise über das ganze Jahr (durchschnittliche Dauer im Jahr 2010: 353 Tage). Pflegegeld erhielten nur 15,6 % der Schizophrenie-Patienten und 17,8 % von ihnen bezogen Sachleistungen nach § 36 SGB XI.

Tabelle 35: Anteil der Schizophrenie-Patienten mit Pflegeleistungen nach Leistungsart gemäß SGB XI und Dauer der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in Tagen, 2010

	Anteil Schizophrenie-Patienten mit Pflegeleistung in %	Durchschnittliche Dauer in Tagen
Vollstationäre Pflege nach § 43	51,6%	328,1
Sachleistungen nach § 36	17,8%	246,3
Pflegegeld nach § 37	15,6%	292,3
Kurzzeitpflege nach § 42	6,5%	18,0
Verhinderungspflege nach § 39	3,9%	14,7
Tages- und Nachtpflege nach § 41	2,2%	244,4
Pflegeleistung nach § 45a	2,1%	314,3
Härtefall nach § 43 (2) Nr. 4	0,4%	352,7

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

### 6.3.6 Psychiatrische Institutsambulanzen <sup>36</sup>

Von den 28.977 Schizophrenie-Patienten im ersten Halbjahr 2012 wurden 6.165 Patienten (21,3 %) mindestens einmal in einer PIA behandelt, von ihnen wiederum 5.093 (17,6 %) mit Schizophrenie als Hauptdiagnose. Ein Schizophrenie-Patient mit mindestens einer schizophrenie-bedingten PIA-Inanspruchnahme verursachte im ersten Halbjahr 2012 durchschnittlich 1,9 Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 29,9 Tagen. Die Dauer einer Behandlungsepisode bezeichnet den Zeitraum zwischen Aufnahme und Ende der Behandlung eines PIA-Falls, Aussagen über die Leistungsintensität in diesem Zeitraum sind allerdings nicht möglich.

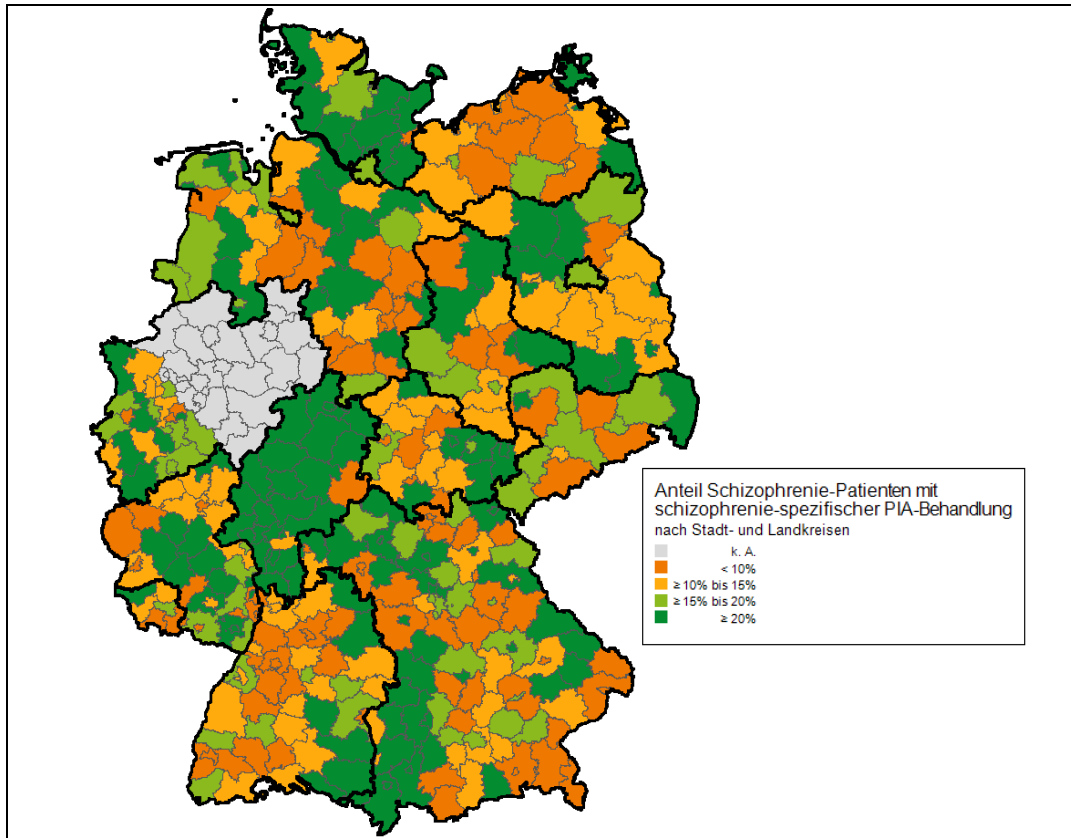
Regional zeigen sich jedoch ausgeprägte Abweichungen von der durchschnittlichen Häufigkeit der PIA-Behandlungen von Schizophrenie-Patienten. Besonders hoch war der Anteil der Patienten mit Schizophrenie-bedingter PIA-Behandlung in Hessen mit rund 31 % aller Schizophrenie-Patienten. Im Saarland (11,0 %) und in Baden-Württemberg (11,6 %) lag der Anteil der Patienten mit Schizophrenie-bedingter PIA-Behandlung hingegen deutlich unter dem Durchschnitt. Mit Ausnahme von Hessen und Schleswig-Holstein, wo der Anteil der Patienten mit Schizophrenie-bedingter PIA-Behandlung in fast allen Kreisen und kreisfreien Städten deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt lag, war die regionale Verteilung innerhalb der Bundesländer auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte sehr heterogen (Abbildung 43).

Dabei besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem regionalen Anteil der Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlung und der Arztdichte für Hausärzte (Korrelationskoeffizient 0,05) oder für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater (Korrelationskoeffizient -0,05). Allerdings besteht ein deutlicher negativer Zusammenhang zwischen der ambulanten Behandlungsintensität – gemessen an der durchschnittlichen Anzahl der Schizophrenie-Behandlungsfälle bei Neurologen, Nervenärzten und Psychiatern – und dem Anteil der Patienten mit Schizophrenie-bedingten PIA-Behandlungen: Je mehr ambulante Fälle je Schizophrenie-Patient diese Fachgruppen behandelten, desto geringer war der Anteil der Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlungen (Korrelationskoeffizient -0,49).

---

<sup>36</sup> Die Auswertungen zur Versorgung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) beruhen auf einer anderen Datengrundlage (siehe hierzu ausführlich Kapitel 3.3).

Abbildung 43: Anteil der Patienten mit mind. einer Schizophrenie-bedingten PIA-Behandlung an allen Schizophrenie-Patienten nach Kreisen und kreisfreien Städten, 1. Hj. 2012



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung

#### 6.4 Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen

Nach der Darstellung der jeweiligen Anteile der unterschiedlichen Sektoren und ärztlichen Fachgruppen an der Versorgung von Schizophrenie-Patienten wurde ausgewertet, in welcher Art und Häufigkeit Schizophrenie-Patienten innerhalb des betrachteten Dreijahreszeitraums in mehreren Sektoren bzw. durch unterschiedliche Fachgruppen behandelt wurden. Hieraus ergibt sich die Häufigkeit intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Schizophrenie-Patienten (Tabelle 36).

Dabei werden auch die Abgrenzungen innerhalb des ambulanten Sektors zwischen fach- und hausärztlicher Behandlung sowie der Arzneimittelversorgung als Schnittstellen betrachtet. Somit werden insgesamt sechs Sektoren bzw. Versorgungsbereiche unterschieden, zwischen denen sich bei der Behandlung eines Patienten Schnittstellen(probleme) ergeben können und

deren jeweilige Versorgungsanteile zuvor dargestellt wurden: neben den drei ambulanten Bereichen (Hausarzt, Facharzt, Arzneimittel) der Krankenhaussektor, die Langzeitpflege und die Rehabilitation.

Die Übersicht (Tabelle 36) zeigt die Kombinationen der Beteiligung unterschiedlicher Sektoren bzw. Fachgruppen an der Behandlung von Schizophrenie-Patienten im Zeitraum 2008-2010, die unter den Schizophrenie-Patienten der Analysepopulation am häufigsten vorkamen (bei mind. 1 % der Patienten).

Rund 42 % der Schizophrenie-Patienten wurden im gesamten Dreijahreszeitraum ausschließlich innerhalb des ambulanten Sektors behandelt, dort aber unter Beteiligung sowohl von Fachärzten der relevanten Fachgruppen als auch von Hausärzten und einschließlich der Verordnung von krankheitsspezifischen Arzneimitteln. Bei weiteren rund 17 % der Schizophrenie-Patienten kam mind. ein Schizophrenie-bedingter Krankenhausaufenthalt hinzu. Bei knapp 8 % der Schizophrenie-Patienten behandelten ausschließlich Hausärzte ihre Erkrankung inkl. der Verordnung von Schizophrenie-spezifischen Arzneimitteln.

Die Fachärzte der relevanten Fachgruppen waren bei der Mehrheit der Schizophrenie-Patienten (80 %) an der Behandlung zumindest einmal in dem betrachteten Zeitraum beteiligt. Bei rund 15 % der Schizophrenie-Patienten wurde die ambulante vertragsärztliche und medikamentöse Behandlung in den drei Jahren ohne Beteiligung von Fachärzten der relevanten Fachgruppen durchgeführt.

Die Gesamtbetrachtung zeigt, dass im Zeitraum 2008 bis 2010 die Behandlung von rd. 78 % der Schizophrenie-Patienten Leistungen aus mindestens drei verschiedenen Versorgungsbereichen umfasste, bei rund 27 % der Schizophrenie-Patienten mindestens vier Versorgungsbereiche (Tabelle 37).

Tabelle 36: Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Schizophrenie-Patienten, 2008-2010

Anzahl - Schizophrenie- Patienten	Anteil an Schizo- phrenie-Patienten insg. (in %) <sup>1)</sup>	ambulant			Krankenhaus	Pflege	Rehabilitation
		Hausarzt	Facharzt <sup>2)</sup>	Arzneimittel			
12.125	41,7%	X	X	X			
4.833	16,6%	X	X	X	X		
2.274	7,8%	X		X			
1.976	6,8%	X	X				
1.901	6,5%	X	X	X		X	
1.289	4,4%	X		X	X		
1.115	3,8%	X					
601	2,1%		X	X			
535	1,8%	X	X	X	X	X	
528	1,8%	X		X		X	
340	1,2%	X	X			X	

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: <sup>1)</sup> Anzahl der Schizophrenie-Patienten im Gesamtzeitraum 2008-2010 in Analysepopulation = 29.109

<sup>2)</sup> der Fachgruppe Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie.



Tabelle 37: Verteilung der Schizophrenie-Patienten nach Anzahl intersektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen, 2008-2010

Anzahl sektoraler bzw. fachgebietsbezogener Schnittstellen	Anzahl Schizophrenie-Patienten	Anteil an Schizophrenie-Patienten insg. (in %)
1	1.261	4,3%
2	5.235	18,0%
3	14.740	50,6%
4	7.154	24,6%
5	694	2,4%
6	25	0,1%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Auf Basis der Sonderauswertung (vgl. Kapitel 3.3) wurde ergänzend auch für die Patienten mit Schizophrenie-bedingten PIA-Behandlungen die Häufigkeit intersektoraler Schnittstellen ermittelt. Die Betrachtung beschränkt sich hierbei auf den Zeitraum 1. Halbjahr 2012.

Auffällig ist, dass die überwiegende Mehrheit der Schizophrenie-Patienten (knapp 87 %) neben der PIA-Behandlung in demselben Zeitraum auch hausärztlich versorgt wurde und 13,5 % fachärztlich (Tabelle 38). Dabei gilt gemäß der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern nach § 118 Abs. 2 SGB V, dass eine PIA-Behandlung generell ausgeschlossen ist, „wenn gleichzeitig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten oder eine durch niedergelassene Fachärzte verordnete Soziotherapie stattfindet“. Der für die PIA-Sonderauswertung verkürzte Betrachtungszeitraum von einem halben Jahr legt – wenn nicht notwendigerweise Gleichzeitigkeit – zumindest eine gewisse zeitliche Nähe zwischen PIA-Behandlungen einerseits und ambulanter vertragsärztlicher Behandlung andererseits nahe. Im Hinblick auf den hohen Anteil der Schizophrenie-Patienten, die neben PIA-Behandlungen in demselben Halbjahr auch hausärztlich versorgt wurden, gilt allerdings zu berücksichtigen, dass darin auch nicht Schizophrenie-bezogene Behandlungen enthalten sind. Für die fachärztliche Behandlung kann dies hingegen aufgrund der Beschränkung auf die drei Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie weitgehend ausgeschlossen werden.

Tabelle 38: Häufigkeit und Art intersektoraler und fachgebietsbezogener Schnittstellen in der Versorgung von Patienten mit mind. einem Schizophrenie-bedingten PIA-Aufenthalt, 1 Hj. 2012

Anzahl Schizophrenie-Patienten <sup>1)</sup>	Anteil an Schizophrenie-Patienten insg. (in %) <sup>2)</sup>	ambulant			Krankenhaus	Pflege	Rehabilitation
		Hausarzt	Facharzt <sup>3)</sup>	Arzneimittel			
2.506	48,4%	X	0	X	0	0	0
488	9,4%	X	0	X	0	X	0
386	7,5%	X	0	X	X	0	0
351	6,8%	0	0	X	0	0	0
333	6,4%	X	X	X	0	0	0
330	6,4%	X	0	0	0	0	0
136	2,6%	X	X	X	X	0	0
82	1,6%	0	0	0	0	0	0
79	1,5%	0	0	X	X	0	0
58	1,1%	X	X	X	0	X	0
55	1,1%	0	X	X	0	0	0
52	1,0%	X	0	0	0	X	0
52	1,0%	X	0	X	X	X	0

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: <sup>1)</sup> Wegen geringer Besetzungsstärke nicht dargestellt sind 268 Patienten mit 20 weiteren Schnittstellenkombinationen.

<sup>2)</sup> Anzahl der Patienten mit mind. einem Schizophrenie-bedingten PIA-Aufenthalt im 1. Halbjahr 2012 (n = 5.093)

<sup>3)</sup> der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie

Bei rd. 16 % der Patienten mit Schizophrenie-bedingter PIA-Behandlung war maximal ein weiterer der betrachteten Bereiche an der Versorgung beteiligt, bei rd. 70 % waren es maximal zwei weitere Bereiche. Die verbleibenden 30 % der Patienten bezogen dagegen neben der PIA zusätzlich Versorgungsleistungen aus drei oder mehr Bereichen. Jeweils rd. 87 % der Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlung erhielten in demselben Zeitraum Schizophrenie-spezifische Arzneimittelverordnungen oder hausärztliche Versorgung, ca. 77 % beides (sowie ggf. Versorgungsleistungen aus weiteren Bereichen). Am häufigsten gab es im 1. Halbjahr 2012 unter den Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlung aus den anderen Versorgungsbereichen die Kombination aus (ausschließlich) Hausarzt und Arzneimittel (knapp 50 %).

## **6.5 Patientenversorgung an den intersektoralen und fachgebietsbezogenen Schnittstellen**

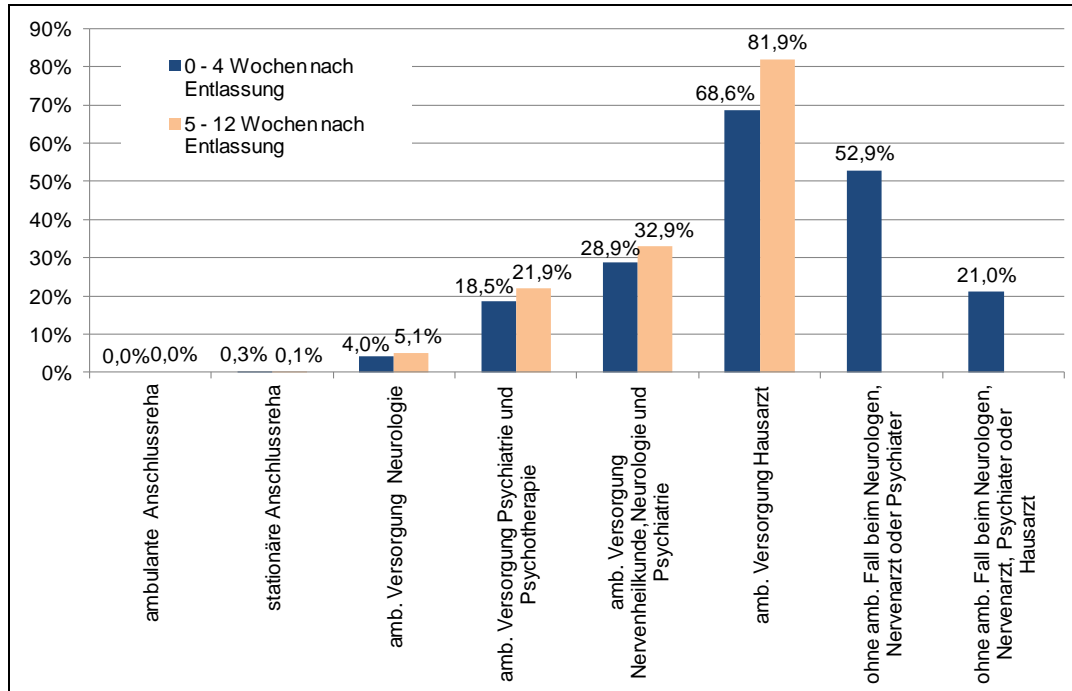
### **6.5.1 "Behandlungswege" nach einem Krankenhausaufenthalt**

Im Folgenden werden die "Behandlungswege" von Schizophrenie-Patienten in den Zeiträumen bis zu vier Wochen sowie fünf bis zwölf Wochen nach einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt dargestellt.

Im Jahr 2010 hatten 4.450 Schizophrenie-Patienten einen schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt, für den ein Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung beobachtet werden kann. Rund 68,6 % (n = 3.054) dieser Schizophrenie-Patienten wurden im Zeitraum von vier Wochen nach der Krankenhauserkrankung von Hausärzten behandelt, rund 28,9 % (n = 1.284) von Fachärzten für Nervenheilkunde, 18,5 % von Psychiatern und 4 % von niedergelassenen Neurologen (Abbildung 44). Nur sehr wenige Schizophrenie-Patienten nahmen eine stationäre Anschlussrehabilitation in Anspruch. Eine ambulante Anschlussrehabilitation ist für keinen der Fälle dokumentiert.

Für 3.851 Schizophrenie-Patienten konnte im Jahr 2010 der längere Zeitraum von fünf bis zwölf Wochen nach Krankenhauserkrankung beobachtet werden. In diesem Zeitraum erhöhten sich - im Vergleich zum Zeitraum von bis zu vier Wochen nach der Krankenhauserkrankung - die Anteile der Inanspruchnahme bei allen Leistungserbringern - mit Ausnahme der stationären Anschlussrehabilitation.

Abbildung 44: Verteilung der Schizophrenie-Patienten nach Behandlungssektor vier Wochen bzw. fünf bis zwölf Wochen nach einem schizophreniebedingten Krankenhausaufenthalt, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

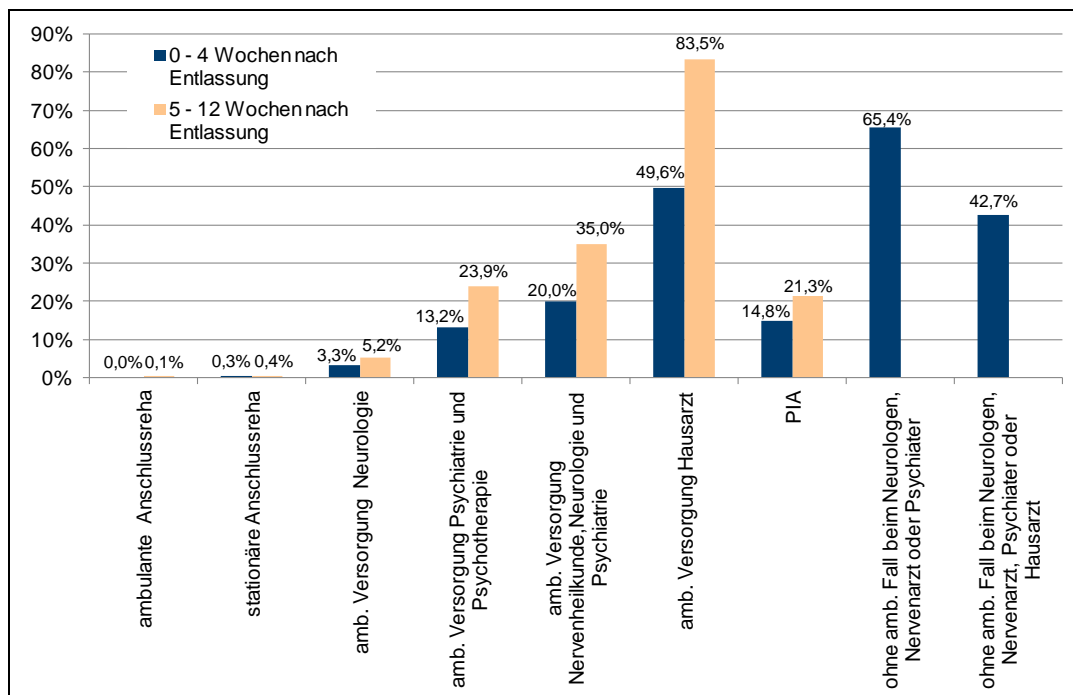
Bei rund der Hälfte der Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 wurde im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung kein Kontakt mit einem niedergelassenen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater dokumentiert (Abbildung 44). Vor allem in Hessen (69,7 %) und Brandenburg (64,1 %) war der Anteil der Schizophrenie-Patienten ohne dokumentierte fachärztliche zeitnahe Anschlussbehandlung besonders hoch. In Bremen hingegen lag der Anteil ohne Facharztkontakt vier Wochen nach Krankenhausaufenthalt bei Schizophrenie-Patienten nur bei 28,0 %. Immerhin 21 % der Schizophrenie-Patienten hatten in diesem Zeitraum weder einen Kontakt zum Hausarzt noch zum niedergelassenen Facharzt.

Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Anteil Schizophrenie-Patienten ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Schizophrenie-bedingtem Krankenhausaufenthalt und der regionalen Fachärztdichte: Dort wo mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner praktizieren ist der Anteil ohne Facharztbehandlung im Anschluss an einen stationären Aufenthalt niedriger (Pearson-Korrelationskoeffizient -0,459). So wohnen rund 60 % der Schizophrenie-Patienten ohne Facharztkontakt nach Krankenhausaufenthalt in Kreisen und kreisfreien Städten mit unterdurchschnittlicher Ärztdichte der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater.

Auf Basis der Sonderauswertung (vgl. Kapitel 3.3) wurde ergänzend für den Zeitraum 1. Halbjahr 2012 ermittelt, bei welchem Patientenanteil nach einer stationären Behandlung eine Versorgung durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) in Anspruch genommen wurde. Von den 2.388 Schizophrenie-Patienten mit einem schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt, für die ein Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung im ersten Halbjahr 2012 betrachtet werden konnte, wurden 353 (14,8 %) Patienten im Anschluss in einer PIA behandelt.

Für 1.282 Schizophrenie-Patienten konnte im ersten Halbjahr 2012 der längere Zeitraum von fünf bis zwölf Wochen nach der Krankenhauserlassung beobachtet werden. Der Anteil der Patienten mit einer Schizophrenie-bedingten PIA-Behandlung nach einer Krankenhauserlassung erhöhte sich für diesen längeren Beobachtungszeitraum auf 21,3 %. Damit lag der PIA-Anteil etwas höher als für die Schizophrenie-Patienten insgesamt (mit und ohne Krankenhausaufenthalt).

Abbildung 45: Verteilung der Patienten nach Behandlungssektor vier Wochen bzw. fünf bis zwölf Wochen nach einem Schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt, 1. Hj. 2012



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

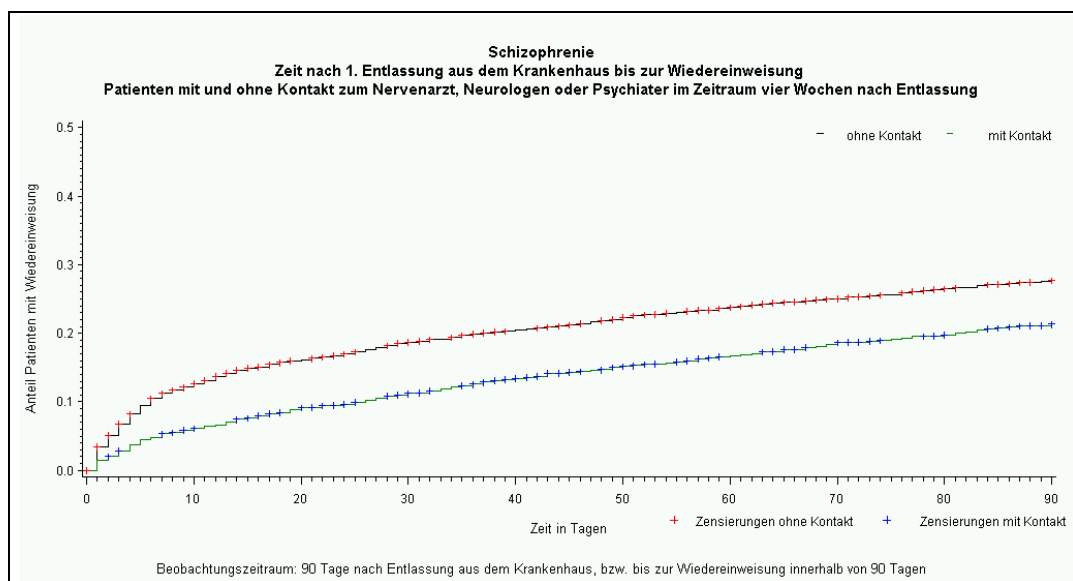
## 6.5.2 Krankenhaus-Wiederaufnahme

Bei Schizophrenie-Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund einer schizophrenie-spezifischen Hauptdiagnose wurde der Zeit-

raum nach der Entlassung bis zu einer Wiedereinweisung über 90 Tage untersucht. Von den 7.544 Schizophrenie-Patienten, die in den Jahren 2009 bis 2010 mindestens einen Krankenhausaufenthalt wegen Schizophrenie hatten, wurde bei 58,4 % kein Kontakt mit einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater in den ersten vier Wochen nach Entlassung dokumentiert.

Etwa 15,4 % der Schizophrenie-Patienten wurden bereits innerhalb von 30 Tagen nach ihrem Krankenhausaufenthalt wegen ihrer Schizophrenie-Erkrankung erneut stationär aufgenommen. Nach zwei Monaten waren es rd. 21 %, nach drei Monaten rd. 24 % der Schizophrenie-Patienten, die erneut stationär im Krankenhaus behandelt wurden. Insgesamt war die Wiederaufnahmerate bei Schizophrenie-Patienten ohne Kontakt zum Nervenarzt, Neurologen oder Psychiater im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung höher als bei Schizophrenie-Patienten mit Kontakt zum Facharzt in diesem Zeitraum. So lag der Anteil Patienten mit Wiederaufnahme nach 30 Tagen ohne Facharztkontakt bei rund 18,7 %, während nur rund 11,2 % der Patienten mit Facharztkontakt wieder mit einer Schizophrenie-Hauptdiagnose stationär aufgenommen wurden (Abbildung 46). Nach drei Monaten war der Unterschied zwischen den beiden Gruppen rund 1,3 mal so groß und lag bei 27,7 % der Schizophrenie-Patienten ohne und bei 21,3 % der Patienten mit Facharztkontakt.

Abbildung 46: Anteil der Schizophrenie-Patienten mit Schizophrenie-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus, differenziert nach Patienten mit und ohne Facharztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung, 2009-2010

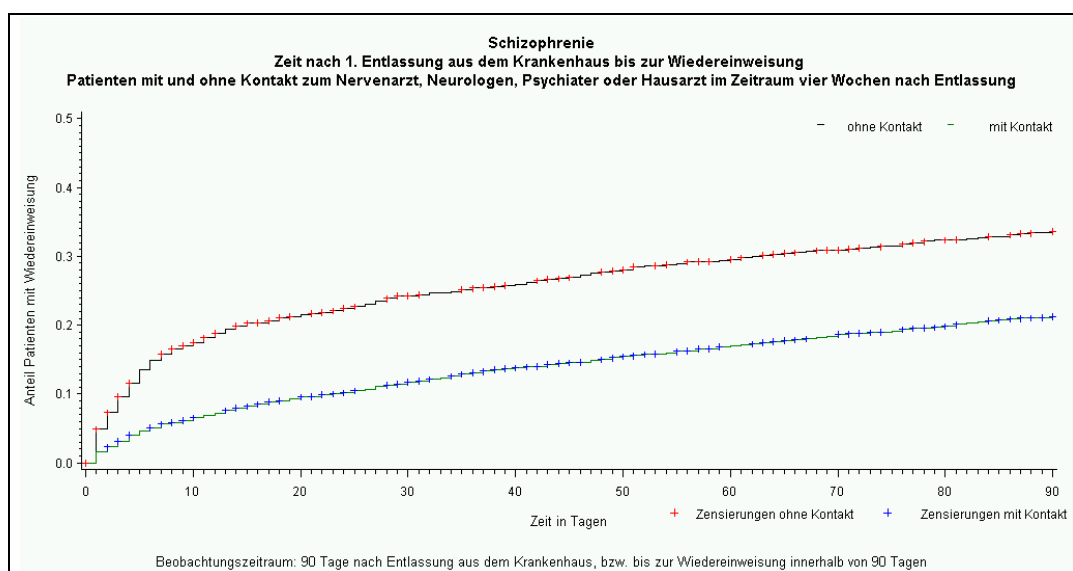


Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Zwischen Patienten, die im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus einen *Hausarzt oder Facharzt* (nur Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater) aufgesucht hatten, und denen ohne dokumentierten Kontakt bei einer dieser Fachgruppen war der Unterschied noch größer: Nach 30 Tagen wurden 24,3 % der Patienten ohne Haus- oder Facharztkontakt wieder stationär aufgenommen, während es nur 11,7 % der Schizophrenie-Patienten mit Haus- und Facharztkontakt waren (Abbildung 47). Im Zeitraum von drei Monaten nach Indexkrankenhausaufenthalt wurden rund ein Drittel (33,6 %) der Schizophrenie-Patienten ohne Haus- und Facharztkontakt wieder stationär aufgenommen, hingegen nur 21,3 % der Patienten mit dokumentiertem Kontakt in den ersten vier Wochen nach Krankenhausentlassung.

Allerdings ist auffällig, dass die Wiederaufnahmeraten der zwei Patientengruppen vor allem in den ersten zehn Tagen nach Entlassung auseinander laufen. Das könnte dafür sprechen, dass es sich um grundsätzlich andere Patientengruppen handelt (z. B. unterschiedliche Zustände der Dekompensation) und der Unterschied der Wiederaufnahmeraten der Gruppen nicht ausschließlich auf ihre Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte nach Entlassung zurückzuführen ist.

Abbildung 47: Anteil der Schizophrenie-Patienten mit Schizophrenie-bedingter stationärer Wiederaufnahme nach Anzahl der Tage seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhaus, differenziert nach Patienten mit und ohne Fach- bzw. Hausarztkontakt im Zeitraum von vier Wochen nach Entlassung, 2009-2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

### 6.5.3 Behandlung nach Erstmanifestation

Als Schizophrenie-Patienten mit Erstmanifestation wurden alle Schizophrenie-Patienten definiert, für die nur im Zeitraum 2009 bis 2010 eine Schizophrenie-Diagnose dokumentiert ist, für das Jahr 2008 jedoch (noch) keine. Dabei spielte es keine Rolle, in welchem Versorgungsbereich die Schizophrenie-Diagnose dokumentiert wurde (ambulant, stationär, Rehabilitation oder im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeit)

Anhand dieser Abgrenzung wurden 9.724 Patienten identifizieren, bei denen im Zeitraum 2009 bis 2010 erstmals eine Schizophrenie-Diagnose dokumentiert wurde. Die Patienten erhielten ihre Erstdiagnose überwiegend im ambulanten Bereich (86 %), zu einem geringen Anteil auch im Krankenhaus (13 %) oder bei eine Arbeitsunfähigkeitsuntersuchung (1 %). Die Erstdiagnose im ambulanten Bereich wurde fast zu gleichen Teilen von Hausärzten (43 %) und von niedergelassenen Neurologen, Nervenärzten oder Psychiatern (39 %) gestellt.

Innerhalb der nächsten sechs Wochen nach Erstdiagnose wurde bei rund 38 % aller Schizophrenie-Patienten mit Erstmanifestation ein Kontakt mit einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater dokumentiert<sup>37</sup>. Dabei war der Anteil in Hessen (30,1 %) und Niedersachsen (33,2 %) besonders niedrig im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (38,1 %), während er in Bremen (43,7 %) und in Nordrhein-Westfalen (41,5 %) deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag (Tabelle 39). Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Anteil Schizophrenie-Patienten mit Facharztkontakt im Zeitraum von sechs Wochen nach Erstdiagnose und der regionalen Arztdichte der Neurologen, Nervenärzte und Psychiater: Je mehr Neurologen, Nervenärzte und Psychiater je 100.000 Einwohner in einem Bundesland, desto mehr Schizophrenie-Patienten mit Erstmanifestation wurden innerhalb der ersten sechs Wochen fachärztlich versorgt (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,394).

Die durchschnittliche Dauer zwischen der Erstdiagnose und einem Kontakt mit einem niedergelassenen Facharzt (Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater) ist in Baden-Württemberg (14,5 Tage) und dem Saarland (14,7 Tage) vergleichsweise niedrig, in Hamburg liegt sie mit durchschnittlich 18 Tagen um mehr als drei Tage höher.

---

<sup>37</sup> Der Arztkontakt wird unterstellt, wenn der Zeitpunkt des "Behandlungsbegins", einer Arzneimittelverordnung oder der Abrechnung einer Gebührenordnungsposition in einen Zeitraum von sechs Wochen nach der Erstdiagnose fällt. Allerdings sind auch Arztkontakte möglich, die keine der o.a. Dokumentationen nach sich ziehen. Daher wird der Anteil MS-Patienten ohne Arztkontakt tendenziell überschätzt.



Tabelle 39: Behandlungen nach Erstdiagnose: Arztkontakte von Schizophrenie-Patienten im Zeitraum von 6 Wochen nach Erstdiagnose nach Bundesländern, 2009-2010

	Anzahl Erstmanifestationen	Schizophrenie-Patienten mit Facharztkontakt innerhalb von 6 Wochen		Dauer bis Facharztkontakt Tage	Schizophrenie-Patienten ohne Arztkontakt* innerhalb von 6 Wochen	
		Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Schleswig-Holstein	405	141	34,8%	16,01	87	21,5%
Hamburg	264	101	38,3%	18,00	60	22,7%
Niedersachsen	742	246	33,2%	17,04	172	23,2%
Bremen	48	21	43,8%	14,76	14	29,2%
Nordrhein-Westfalen	3.004	1.246	41,5%	16,65	644	21,4%
Hessen	784	235	30,0%	15,79	183	23,3%
Rheinland-Pfalz	486	195	40,1%	17,31	102	21,0%
Baden-Württemberg	846	341	40,3%	14,46	177	20,9%
Bayern	1.235	442	35,8%	15,88	251	20,3%
Saarland	142	56	39,4%	14,70	37	26,1%
Berlin	483	191	39,5%	16,84	124	25,7%
Brandenburg	299	114	38,1%	16,61	87	29,1%
Mecklenburg-Vorpommern	172	59	34,3%	15,63	39	22,7%
Sachsen	266	104	39,1%	15,87	76	28,6%
Sachsen-Anhalt	283	106	37,5%	16,39	65	23,0%
Thüringen	218	86	39,4%	17,86	43	19,7%
<b>insgesamt</b>	<b>9.724</b>	<b>3.703</b>	<b>38,1%</b>	<b>16,34</b>	<b>2.176</b>	<b>22,4%</b>

Quelle: IGES

Anmerkung: \*ohne dokumentierten Kontakt beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, Hausarzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung

Von den 9.724 Schizophrenie-Patienten mit Erstdiagnose Schizophrenie im Zeitraum 2009 bis 2010 wurde bei mehr als einem Fünftel (22,4 %) in den ersten sechs Wochen nach Erstdiagnose kein Kontakt weder mit einem Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater, noch einem Hausarzt oder ein Krankenhaus- oder Rehabilitationseinrichtungsaufenthalt dokumentiert. Besonders hoch war der Anteil Schizophrenie-Patienten ohne Kontakt in Hamburg (29,2 %) und Brandenburg (29,1 %), besonders niedrig in Thüringen (19,7 %) und Bayern (20,3 %) (Tabelle 39).

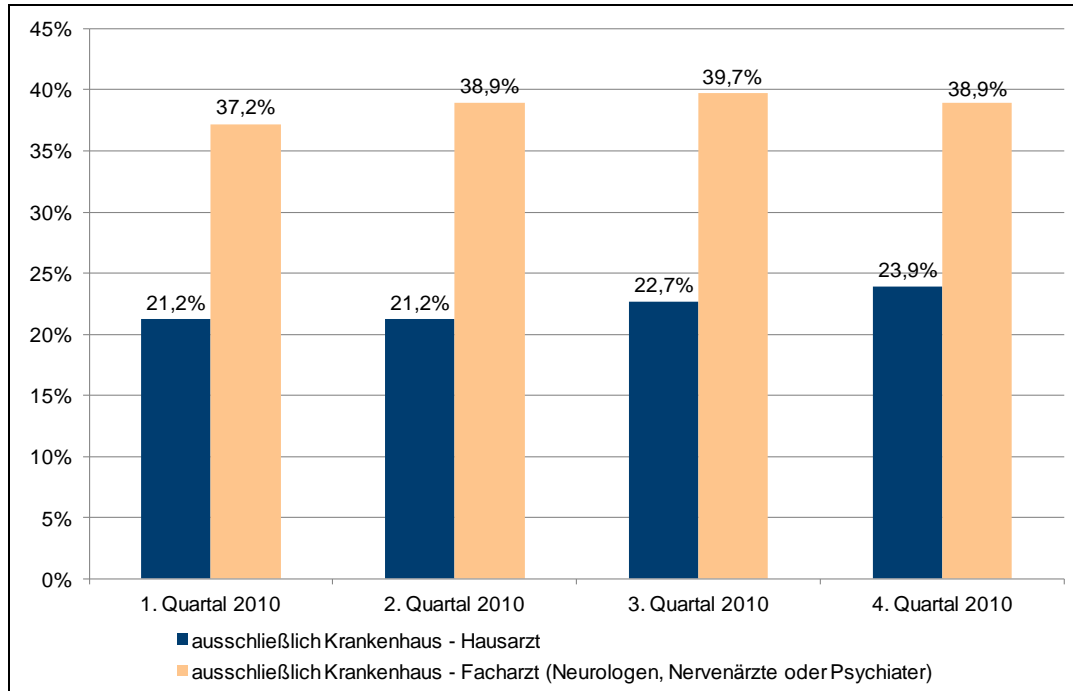
#### **6.5.4 Leistungserbringer-Konstellationen**

Zwischen 21,2 % und 23,9 % der Schizophrenie-Patienten mit mindestens einem schizophrenie-bedingten Krankenhausaufenthalt erhielten im jeweiligen Quartal mindestens eine schizophrenie-bezogene Diagnose in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich von einem Hausarzt (Abbildung 48). Mehr als ein Drittel der Schizophrenie-Patienten erhielt dagegen eine schizophrenie-bezogene Diagnose in der ambulanten Versorgung ausschließlich von einem niedergelassenen Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Als ausschließlich fachärztlich behandelt werden hier Schizophrenie-Patienten gezählt, bei denen ein Facharzt der Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde oder Psychiatrie die Schizophrenie-Erkrankung behandelt. Diese Schizophrenie-Patienten können zwar auch von einem Hausarzt behandelt worden sein, aber nicht in der Hauptsache wegen ihrer Schizophrenie-Erkrankung. Für die Datenauswertung wurden diese Schizophrenie-Patienten durch das Kriterium abgegrenzt, dass für sie keine Schizophrenie-spezifischen Arzneimittelverordnungen von einem Hausarzt dokumentiert sind.

Abbildung 48: Häufigkeit unterschiedlicher Leistungserbringer-Konstellationen in der Versorgung von Schizophrenie-Patienten innerhalb eines Quartals, 1.-4. Quartal 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

## Literaturverzeichnis

- BARMER GEK (Hg.): BARMER GEK Arztreport 2012, St. Augustin.
- de Millas C, Hausteil R (2013): Regionale Entwicklung von Ausgaben und Verbrauch, in: Häussler B, Höer A, Hempel E (Hg): Arzneimittel-Atlas 2012, Der Arzneimittelverbrauch in der GKV, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 377-382.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2012). Die Epidemiologie der Demenz. URL: [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01\\_2012\\_01.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01_2012_01.pdf) (Zugriff 10.1.2013).
- Deutsche Rentenversicherung (2011): Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf, Statistische Analysen, Bereich 0760, Stand Juni 2011.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen, Statistisches Informationssystem GeroStat; Alzheimer Europe 2009.
- Faiss JH, Wiethölter H (2011): Multiple Sklerose, in: Berlit P (Hg): Klinische Neurologie, Berlin/Heidelberg, S. 1219-1258.
- Gaebel W, Wölwer W (2010). Schizophrenie. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50. Schizophrenie. Berlin, Juni 2010, S. 16.
- Hein T, Hopfenmüller W (2000): Projection of the number of multiple sclerosis patients in Germany, in: Nervenarzt, 71: 288-294.
- Höer A et al. (2012): Multiple Sclerosis in Germany: Outpatient Healthcare Patterns. Poster presented at ISPOR, 15th Annual European Congress, Berlin.
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (Hg) (2013): Versorgungsreport 2013, Düsseldorf.
- Kompetenznetz Schizophrenie (2010). Kompaktinformation zur Schizophrenie. URL: <http://www.kns.kompetenznetzschizophrenie.info/?q=node/8> (Zugriff am 23.03.2013).
- Natalwala A, Potluri R, Uppal H et al (2008) Reasons for hospital admissions in dementia patients in Birmingham, UK, during 2002–2007. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(6): 499–505.
- Pinkert C, Holle B (2012). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisgründen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28(4): 1-7.
- Saha S, Welham J, Chant D et al. (2006) Incidence of schizophrenia does not vary with economic status of the country: evidence from a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41 (5): 338-34.
- Statistisches Bundesamt (2012): Grunddaten der Krankenhäuser 2010, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA (2008) Schizophrenia, "Just the facts" 2: Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 102: 1-18.

## 7 Anhang 1: Patientenselektion

### 7.1.1 Multiple Sklerose

Zur Analysepopulation gehören diejenigen Patienten, die folgende Bedingungen erfüllen:

1. Die Patienten waren im Auswertungszeitraum vom 01.01.2008 bis zum 31.12.2010 durchgängig versichert und
2. die Patienten weisen entweder
  - o mindestens eine der in Tabelle 40 aufgeführten gesicherten Diagnosen<sup>39</sup> als Abrechnungsdiagnose im Beobachtungszeitraum auf, wobei die Abrechnungsdiagnose von einem Neurologen oder Nervenarzt gestellt worden sein muss, oder
  - o mindestens eine Verordnung der in Tabelle 41 gelisteten Wirkstoffe auf.

---

<sup>39</sup> Alle ambulanten Diagnosen mit den Kennzeichen "A" (Ausschluss), "Z" (Zustand nach) und "V" (Verdacht) werden nicht einbezogen.

Tabelle 40: Multiple Sklerose: Diagnosen für Patientenselektion

ICD-10-Kode	Titel
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
G35.1	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.2	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.3	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet

Quelle: IGES

Tabelle 41: MS-spezifische Arzneimittel (Wirkstoffe)

ATC	Bezeichnung
L03AX13	Glatirameracetat
L03AB07	Interferon beta-1a
L03AB08	Interferon beta-1b
L04AA23	Natalizumab

Quelle: IGES

### 7.1.2 Schizophrenie

Zur Analysepopulation gehören diejenigen Patienten, die folgende Bedingungen erfüllen:

1. Die Patienten waren im Auswertungszeitraum vom 01.01.2008 bis zum 31.12.2010 durchgängig versichert und
2. die Patienten weisen mindestens eine der in Tabelle 42 aufgeführten gesicherten Diagnosen als Abrechnungsdiagnose im Beobachtungszeitraum auf.

Tabelle 42: Schizophrenie: Diagnosen für Patientenselektion

ICD-10-Kode	Titel
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet

Quelle: IGES

### 7.1.3 Demenzerkrankungen

Zur Analysepopulation gehören diejenigen Patienten, die folgende Bedingungen erfüllen:

1. Die Patienten waren im Auswertungszeitraum vom 01.01.2008 bis zum 31.12.2010 durchgängig versichert und
2. die Patienten weisen entweder
  - o mindestens eine der in Tabelle 43 aufgeführten gesicherten Diagnosen als Abrechnungsdiaagnose im Beobachtungszeitraum auf, oder
  - o mindestens eine Verordnung der in Tabelle 44 gelisteten Wirkstoffe auf.

Tabelle 43: Demenz: Diagnosen für Patientenselektion

ICD-10-Kode	Titel
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz

<b>ICD-10-Kode</b>	<b>Titel</b>
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
G30.0	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit
G30.9	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
G31.0	Umschriebene Hirnatrophie
G31.82	Lewy-Körper-Demenz

Quelle: IGES

Tabelle 44: Demenz-spezifische Arzneimittel (Wirkstoffe)

<b>ATC</b>	<b>Bezeichnung</b>
N06DA02	Donepezil
N06DA04	Galantamin
N06DA03	Rivastigmin
N06DX01	Memantin

Quelle: IGES



## **8 Anhang 2: Ergänzende Teile**

### **8.1 Multiple Sklerose**

#### **8.1.1 Komorbiditäten der MS-Patienten**

Neben der Krankheit MS wurden für die MS-Patienten im Rahmen ihrer ambulanten oder stationären Behandlung weitere Diagnosen dokumentiert. Für eine Darstellung der 15 häufigsten ambulanten Diagnosen sowie der Haupt- und Nebendiagnosen im Krankenhaus wurden die ICD-10-Kodes unter Verwendung der Clinical Classification Software (CCS) in 259 Morbiditätskategorien eingeteilt. Die CCS wurde von der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) als ein Tool zur Gruppierung von Diagnosen in eine kleinere und damit leichter zu handhabende Anzahl klinisch bedeutsamer Diagnosekategorien entwickelt. Angewendet auf Routedaten ermöglicht die CCS die Reduktion von ca. 13.000 ICD-Kodes auf 259 wechselseitig exklusive Diagnosekategorien, die für statistisch-deskriptive Zwecke geeigneter sind als einzelne ICD-Kodes bzw. Unterkapitel und Kapitel der ICD.

#### *Häufigste Diagnosen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich*

Neben der Diagnosegruppe MS wurden bei rund 44 % der MS-Patienten Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen sowie andere Rückenprobleme diagnostiziert (Tabelle 45). Andere Störungen des Nervensystems, affektive Störungen sowie Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen rangierten unter den weiteren sehr häufig diagnostizierten Erkrankungen der MS-Patienten.

Tabelle 45: Die 15 häufigsten ambulanten vertragsärztlichen Diagnosen nach CCS-Gruppen für MS-Patienten, 2008 und 2010

Diagnosegruppe (CCS)	2008		Diagnosegruppe (CCS)	2010	
	Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Multiple Sklerose	16.718	99,3%	Multiple Sklerose	19.398	99,5%
Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	7.379	43,8%	Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	8.644	44,3%
Screening nach anderen vermuteten Erkrankungen	7.236	43,0%	Screening nach anderen vermuteten Erkrankungen	8.626	44,2%
Andere Störungen des Nervensystems	7.018	41,7%	Andere Störungen des Nervensystems	8.565	43,9%
Affektive Störungen	6.866	40,8%	Affektive Störungen	8.328	42,7%
Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	6.562	39,0%	Angstzustände, somatoforme, dissoz. und Persönlichkeitsstörungen	8.280	42,5%
Blindheit und andere Sehstörungen	6.196	36,8%	Restliche Codes; nicht klassifiziert	6.939	35,6%
Restliche Codes; nicht klassifiziert	5.415	32,2%	Blindheit und andere Sehstörungen	6.897	35,4%
Andere Störungen der weibl. Geschlechtsorgane	5.036	29,9%	Andere Störungen der weibl. Geschlechtsorgane	5.725	29,4%
Verhütungsmittel und Fortpflanzungsmanagement	4.449	26,4%	Andere Erkrankungen des Bindegewebes	5.084	26,1%
Impfungen/ Screening nach Infektionskrankh.	4.239	25,2%	Schilddrüsenerkrankungen	5.080	26,1%
Andere Erkrankungen des Bindegewebes	4.209	25,0%	Verhütungsmittel und Fortpflanzungsmanagement	5.058	25,9%
Urogenitale Symptome und ungenau definierte Zustände	4.187	24,9%	Urogenitale Symptome und ungenau definierte Zustände	4.949	25,4%
Schilddrüsenerkrankungen	4.139	24,6%	Essentielle Hypertonie	4.938	25,3%
Andere Sehstörungen	16.718	99,3%	Impfungen/Screening Infektionskrankheiten	4.734	24,3%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die Anteilswerte beziehen sich auf die Anzahl der MS-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 16.828, 2010: 19.496)

*Häufigste Krankenhaus-Hauptdiagnosen*

Rund ein Fünftel (23,9 %) der MS-Patienten wurde aufgrund der Diagnosegruppe Multiple Sklerose aus dem Krankenhaus entlassen (Tabelle 46). Rund 1,6 % der MS-Patienten wurden im Jahr 2008 (1,9 % im Jahr 2010) mit Dokumentation der Diagnosegruppe "Andere Störungen des Nervensystems" aus dem Krankenhaus entlassen. Andere Krankenhaus-Diagnosegruppen waren bei den MS-Patienten nur mit Anteilswerten von jeweils weniger als 1 % vertreten.

*Häufigste Krankenhaus-Nebendiagnosen*

Unter den häufigsten Krankenhaus-Nebendiagnosen für MS-Patienten befanden sich andere Störungen des Nervensystems, Multiple Sklerose sowie Lähmungen (Tabelle 47).

Tabelle 46: Die häufigsten 15 Krankenhaus-Hauptdiagnosen nach CCS-Gruppen für MS-Patienten, 2008 und 2010

Diagnosegruppe (CCS)	2008		Diagnosegruppen (CCS)	2010	
	Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Multiple Sklerose	4.016	23,9%	Multiple Sklerose	4.045	20,7%
Andere Störungen des Nervensystems	267	1,6%	Andere Störungen des Nervensystems	362	1,9%
Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	137	0,8%	Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	198	1,0%
Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	127	0,8%	Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	192	1,0%
Enzephalitis (nicht verursacht durch Tuberkulose / STDs)	127	0,8%	Harnwegsinfektionen	175	0,9%
Harnwegsinfektionen	120	0,7%	Enzephalitis (nicht verursacht durch Tuberkulose / STDs)	140	0,7%
Affektive Störungen	112	0,7%	Restliche Codes; nicht klassifiziert	134	0,7%
Rehabilitationspflege, Anpassung von Prothesen und Hilfsmitteln	101	0,6%	Affektive Störungen	127	0,7%
Restliche Codes; nicht klassifiziert	99	0,6%	Entzündungen; Infektionen der Augen (nicht verursacht durch Tuberkulose / STDs)	126	0,6%
Entzündungen; Infektionen der Augen (nicht verursacht durch Tuberkulose / STDs)	95	0,6%	Rehabilitationspflege, Anpassung von Prothesen und Hilfsmitteln	100	0,5%
Andere Erkrankungen der Blase und Urethra	93	0,6%	Frakturen der unteren Gliedmaßen	98	0,5%
Lähmung	89	0,5%	Andere Erkrankungen der Blase und Urethra	97	0,5%
Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	77	0,5%	Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	93	0,5%
Epilepsie, Krämpfe	74	0,4%	Lähmung	93	0,5%
Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	73	0,4%	Epilepsie, Krämpfe	92	0,5%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die Anteilswerte beziehen sich auf die Anzahl der MS-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 16.828, 2010: 19.496)

Tabelle 47: Die häufigsten 15 Krankenhaus-Nebendiagnosen nach CCS-Gruppen für MS-Patienten, 2008 und 2010

2008			2010		
Diagnosegruppe (CCS)	Anzahl	Anteil	Diagnosegruppe (CCS)	Anzahl	Anteil
Andere Störungen des Nervensystems	2.399	14,3%	Andere Störungen des Nervensystems	2.617	13,4%
Multiple Sklerose	2.268	13,5%	Multiple Sklerose	2.502	12,8%
Lähmungen	2.215	13,2%	Lähmungen	2.384	12,2%
Restliche Codes; nicht klassifiziert	1.893	11,2%	Restliche Codes; nicht klassifiziert	2.312	11,9%
Urogenitale Symptome und schlecht-definierte Zustände	1.316	7,8%	Essentielle Hypertonie	1.381	7,1%
Essentielle Hypertonie	1.033	6,1%	Urogenitale Symptome und schlecht-definierte Zustände	1.348	6,9%
Harnwegsinfektionen	908	5,4%	Andere Magen-Darm-Störungen	986	5,1%
Andere Magen-Darm-Störungen	811	4,8%	Harnwegsinfektionen	961	4,9%
Andere Erkrankungen der Blase und Urethra	802	4,8%	Affektive Störungen	898	4,6%
Affektive Störungen	699	4,2%	Andere Erkrankungen der Blase und Urethra	800	4,1%
Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	561	3,3%	Schilddrüsenerkrankungen	733	3,8%
Medizinische Untersuchungen	553	3,3%	Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	700	3,6%
Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	533	3,2%	Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	677	3,5%
Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	522	3,1%	Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	579	3,0%
Schilddrüsenerkrankungen	504	3,0%	Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	547	2,8%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die Anteilswerte beziehen sich auf die Anzahl der MS-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 16.828, 2010: 19.496)

### **8.1.2 Häufigkeiten abgerechneter MS-typischer GOPs**

Die nachfolgende Tabelle 48 zeigt die Häufigkeiten ausgewählter, für die Behandlung von MS typischer Leistungen. Aufgeführt sind die absoluten Häufigkeiten der abgerechneten GOPs, wobei eine GOP im Verlauf eines Jahres bei einem MS-Patienten auch mehrmals abgerechnet werden kann, und die relativen Anteile an allen abgerechneten GOPs.

Tabelle 48: Anzahl ausgewählter GOPs bei MS-Patienten nach Bundesland und Anteil an allen GOPs im Bundesland, 2010

	<b>GOP 34310</b>	<b>GOP 34410</b>	<b>GOP 16321</b>	<b>GOP 21321</b>	<b>GOP 02342</b>	<b>GOP 02100</b>	<b>GOP 01510</b>	<b>GOP 01611</b>	<b>GOP 16233</b>	<b>GOP 16231</b>	<b>GOP 16230</b>	<b>GOP 21233</b>	<b>GOP 21231</b>	<b>GOP 21230</b>
	<b>CT Neuro- craniums</b>	<b>MRT Neuro- craniums</b>	<b>Evozierte Potenziale</b>	<b>Evozierte Potenziale</b>	<b>Liquorunter- suchung</b>	<b>Infusion</b>	<b>Praxiskl. Betreuung 2h</b>	<b>Verordnung med. Reha</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>
Schleswig- Holstein	6 0,01%	289 0,26%	254 0,22%	1 0,00%	8 0,01%	526 0,46%	168 0,15%	18 0,02%	726 0,64%	68 0,06%	1.421 1,25%	69 0,06%	21 0,02%	132 0,12%
Hamburg	1 0,00%	153 0,23%	142 0,22%	1 0,00%	20 0,03%	239 0,36%	88 0,13%	9 0,01%	316 0,48%	11 0,02%	463 0,70%	107 0,16%	1 0,00%	108 0,16%
Niedersachsen	12 0,01%	663 0,32%	709 0,35%	29 0,01%	18 0,01%	1.303 0,64%	815 0,40%	29 0,01%	2.017 0,99%	68 0,03%	1.569 0,77%	61 0,03%	30 0,01%	48 0,02%
Bremen	0 0,00%	27 0,31%	37 0,42%	2 0,02%	2 0,02%	41 0,47%	41 0,47%	2 0,02%	69 0,79%	13 0,15%	60 0,68%	1 0,01%	0 0,00%	3 0,03%
Nordrhein- Westfalen	37 0,01%	1.793 0,31%	1.780 0,31%	61 0,01%	59 0,01%	5.001 0,86%	1.259 0,22%	80 0,01%	5.075 0,87%	221 0,04%	4.027 0,69%	227 0,04%	57 0,01%	252 0,04%
Hessen	11 0,01%	539 0,34%	451 0,29%	10 0,01%	5 0,00%	712 0,45%	216 0,14%	31 0,02%	1.322 0,84%	40 0,03%	1.025 0,65%	24 0,02%	13 0,01%	15 0,01%
Rheinland- Pfalz	7 0,01%	365 0,37%	449 0,45%	25 0,03%	9 0,01%	328 0,33%	242 0,24%	16 0,02%	1.092 1,10%	23 0,02%	794 0,80%	58 0,06%	14 0,01%	58 0,06%
Baden- Württemberg	8 0,00%	599 0,29%	568 0,28%	40 0,02%	56 0,03%	813 0,39%	474 0,23%	52 0,03%	1.902 0,92%	39 0,02%	1.595 0,77%	103 0,05%	10 0,00%	120 0,06%
Bayern	16 0,01%	838 0,30%	1.070 0,38%	44 0,02%	34 0,01%	1.414 0,51%	566 0,20%	41 0,01%	2.480 0,89%	49 0,02%	2.178 0,78%	109 0,04%	36 0,01%	150 0,05%
Saarland	5	88	108	8	2	235	61	3	238	7	238	14	1	11

	<b>GOP 34310</b>	<b>GOP 34410</b>	<b>GOP 16321</b>	<b>GOP 21321</b>	<b>GOP 02342</b>	<b>GOP 02100</b>	<b>GOP 01510</b>	<b>GOP 01611</b>	<b>GOP 16233</b>	<b>GOP 16231</b>	<b>GOP 16230</b>	<b>GOP 21233</b>	<b>GOP 21231</b>	<b>GOP 21230</b>
	<b>CT Neuro- craniums</b>	<b>MRT Neuro- craniums</b>	<b>Evozierte Potenziale</b>	<b>Evozierte Potenziale</b>	<b>Liquorunter- suchung</b>	<b>Infusion</b>	<b>Praxiskl. Betreuung 2h</b>	<b>Verordnung med. Reha</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>
	0,02%	0,30%	0,36%	0,03%	0,01%	0,79%	0,21%	0,01%	0,80%	0,02%	0,80%	0,05%	0,00%	0,04%
Berlin	9 0,01%	316 0,30%	175 0,17%	6 0,01%	9 0,01%	824 0,78%	275 0,26%	9 0,01%	849 0,80%	40 0,04%	1.145 1,08%	11 0,01%	11 0,01%	172 0,16%
Brandenburg	11 0,02%	171 0,24%	67 0,09%	11 0,02%	0 0,00%	197 0,28%	97 0,14%	11 0,02%	768 1,08%	7 0,01%	459 0,65%	20 0,03%	5 0,01%	53 0,07%
Mecklenburg- Vorpommern	1 0,00%	78 0,16%	106 0,22%	3 0,01%	0 0,00%	170 0,35%	129 0,27%	9 0,02%	344 0,72%	0 0,00%	422 0,88%	11 0,02%	3 0,01%	7 0,01%
Sachsen	3 0,00%	171 0,19%	119 0,13%	41 0,05%	15 0,02%	350 0,39%	263 0,29%	20 0,02%	733 0,82%	43 0,05%	676 0,76%	9 0,01%	3 0,00%	19 0,02%
Sachsen- Anhalt	12 0,02%	155 0,24%	124 0,19%	1 0,00%	11 0,02%	270 0,42%	82 0,13%	7 0,01%	679 1,06%	8 0,01%	517 0,80%	26 0,04%	2 0,00%	10 0,02%
Thüringen	3 0,00%	134 0,22%	118 0,19%	11 0,02%	1 0,00%	168 0,28%	175 0,29%	9 0,01%	700 1,15%	17 0,03%	374 0,62%	15 0,02%	0 0,00%	13 0,02%
ohne Zuordnung	0 0,00%	53 0,45%	50 0,43%	0 0,00%	0 0,00%	89 0,76%	20 0,17%	1 0,01%	133 1,14%		97 0,83%	1 0,01%	0 0,00%	3 0,03%
Ausland	0 0,00%	10 0,47%	2 0,09%	0 0,00%	0 0,00%	25 1,16%		1 0,05%	26 1,21%		17 0,79%		0 0,00%	0 0,00%
gesamt	142 0,01%	6.442 0,29%	6.329 0,29%	294 0,01%	249 0,01%	12.705 0,58%	4.971 0,23%	348 0,02%	19.469 0,89%	654 0,03%	17.077 0,78%	866 0,04%	207 0,01%	1.174 0,05%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten



### 8.1.3 Häufigkeiten abgerechneter MS-typischer DRGs

Von den 7.222 MS-spezifischen Krankenhausfällen im Jahr 2010 wurde für rund 14,4 % (n = 1.043) keine der in Tabelle 49 aufgeführten DRGs abgerechnet (Abbildung 49). Bei rund drei Viertel (n = 5.464) der MS-spezifischen Krankenhausfälle wurde die DRG B68D ("Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose") abgerechnet. Rund 7 % (n = 504) der Fälle entfielen auf die DRG B48Z ("Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen"). Die anderen in Tabelle 49 aufgeführten DRGs machten zusammen nur rund 3 % der MS-spezifischen Krankenhausfälle aus; vier der aufgelisteten DRGs (B68C, B60A, B44A, B44C) wurden überhaupt nicht abgerechnet.

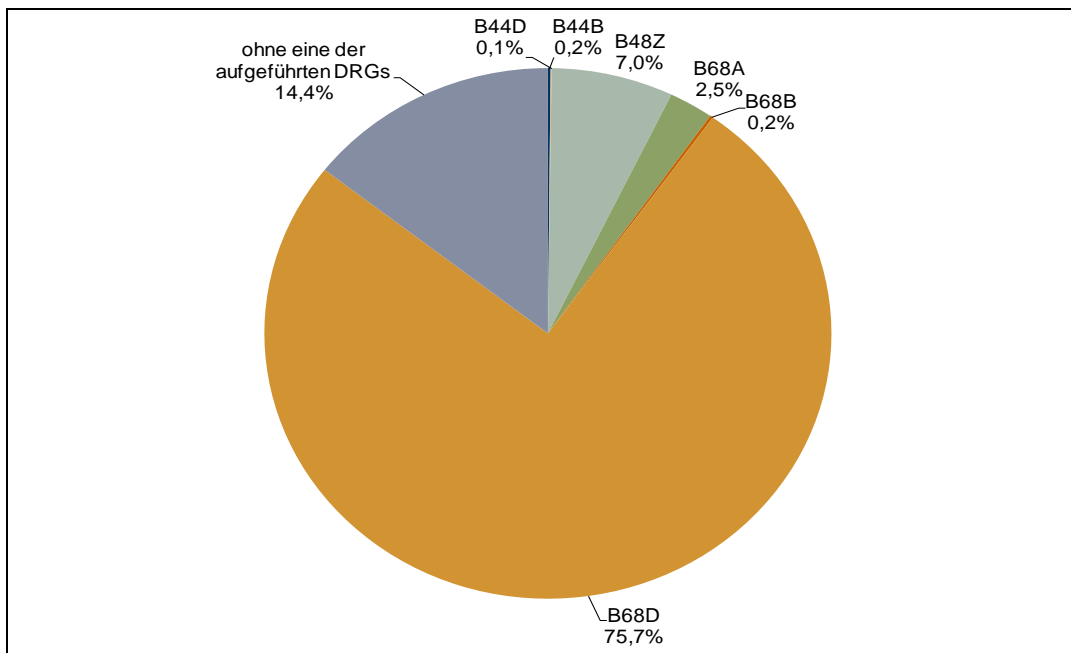
Ungefähr ein Drittel der Krankenhausfälle mit der am häufigsten abgerechneten DRG B68D wurden von Hausärzten eingewiesen und rd. 27 % von Nervenheilkundlern, während für 23 % keine einweisende ärztliche Fachgruppe dokumentiert ist (Abbildung 50).

Tabelle 49: DRGs für MS-bedingte Krankenhausfälle

<b>DRG</b>	<b>Beschreibung</b>
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

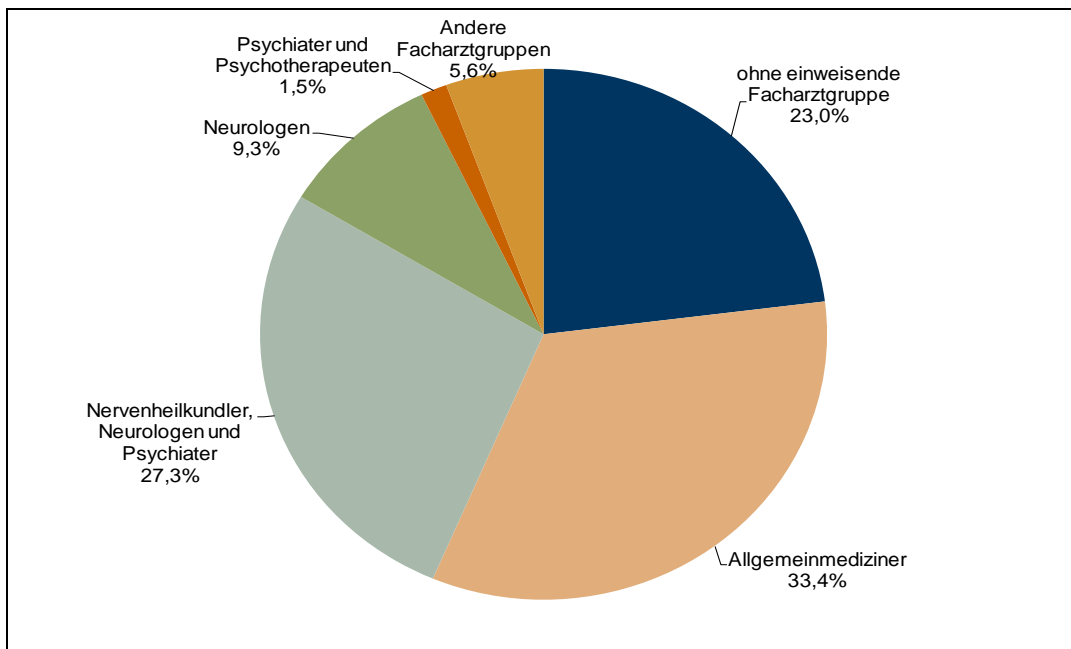
Quelle: IGES

Abbildung 49: Anteil der MS-spezifischen Krankenhausfälle nach DRGs, 2010



Quelle: IGES Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Abbildung 50: Anteile der ärztlichen Fachgruppen an den Einweisungen von MS-bedingten Krankenhausfällen mit Abrechnung der DRG B68D, 2010



Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

## 8.2 Demenz

### 8.2.1 Komorbiditäten der Demenz-Patienten

Neben der Krankheit Demenz wurden für die Demenz-Patienten im Rahmen ihrer ambulanten oder stationären Behandlung weitere Diagnosen dokumentiert. Für eine Darstellung der 15 häufigsten ambulanten Diagnosen sowie der Haupt- und Nebendiagnosen im Krankenhaus wurden die ICD-10-Kodes unter Verwendung der Clinical Classification Software (CCS) in 259 Morbiditätskategorien eingeteilt.

#### *Häufigste Diagnosen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich*

Fast alle Demenz-Patienten (rund 97 %) erhielten sowohl im Jahr 2008 als auch im Jahr 2010 eine ambulante Diagnose der Gruppe "Senilität und organisch bedingte mentale Störungen" (Tabelle 50).<sup>40</sup> Bei rund zwei Dritteln der Demenz-Patienten wurde eine essentielle Hypertonie und bei knapp der Hälfte der Demenz-Patienten wurde Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen sowie andere Rückenprobleme im ambulanten Sektor diagnostiziert. Bei rund 40 % der Demenz-Patienten wurden Störungen des Lipidstoffwechsels, andere Störungen des Nervensystems oder Blindheit und Sehstörungen diagnostiziert.

#### *Häufigste Krankenhaus-Hauptdiagnosen*

Die häufigste Krankenhaus-Hauptdiagnose-Gruppe bei den Demenz-Patienten war ebenfalls "Senilität und organisch bedingte mentale Störungen" (Tabelle 51). Allerdings wurden nur rund 5,5 % der Demenz-Patienten mit Dokumentation dieser Diagnosegruppen aus dem Krankenhaus entlassen.

#### *Häufigste Krankenhaus-Nebendiagnosen*

Rund ein Fünftel der Demenz-Patienten wies im Jahr 2008 eine essentielle Hypertonie als Krankenhaus-Nebendiagnose auf (rund ein Viertel im Jahr 2010) (Tabelle 21). An zweiter Stelle rangierten nicht näher klassifizierte Kodes (18 % im Jahr 2008 bzw. 23,1 % im Jahr 2010) und an dritter Stelle eine Senilität und organisch bedingte mentale Störungen (17,9 % im Jahr 2008 bzw. 22,2 % im Jahr 2010).

---

<sup>40</sup> Alle demenz-spezifischen Diagnosen, mit Ausnahme der Lewy-Körper-Demenz (G31.82) sind in der Diagnosegruppe "Senilität und organisch bedingte mentale Störungen" enthalten.

Tabelle 50: Die 15 häufigsten ambulanten vertragsärztlichen Diagnosen nach CCS-Gruppen für Demenz-Patienten, 2008 und 2010

2008			2010		
Diagnosegruppe (CCS)	Anzahl	Anteil	Diagnosegruppe (CCS)	Anzahl	Anteil
Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	87.298	97,1%	Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	127.952	97,7%
Essentielle Hypertonie	60.266	67,0%	Essentielle Hypertonie	92.308	70,5%
Restliche Codes; nicht klassifiziert	46.479	51,7%	Restliche Codes; nicht klassifiziert	73.254	55,9%
Impfungen und Screening nach Infektionskrankheiten	43.661	48,6%	Impfungen und Screening nach Infektionskrankheiten	61.883	47,3%
Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	41.645	46,3%	Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	58.112	44,4%
Störungen des Lipidstoffwechsels	36.609	40,7%	Andere Störungen des Nervensystems	54.246	41,4%
Andere Störungen des Nervensystems	35.622	39,6%	Störungen des Lipidstoffwechsels	52.606	40,2%
Blindheit und Sehstörungen	34.660	38,6%	Osteoarthritis	50.480	38,5%
Osteoarthritis	34.528	38,4%	Affektive Störungen	49.052	37,5%
Affektive Störungen	32.238	35,9%	Urogenitale Symptome und ungenau definierte Zustände	48.038	36,7%
Urogenitale Symptome und ungenau definierte Zustände	29.661	33,0%	Blindheit und Sehstörungen	44.865	34,3%
Koronare Herzkrankheit und andere Herz-erkrankungen	28.136	31,3%	Koronare Herzkrankheit und andere Herz-erkrankungen	41.654	31,8%
Grauer Star	26.719	29,7%	Diabetes mellitus ohne Komplikationen	39.719	30,3%
Diabetes mellitus ohne Komplikationen	25.696	28,6%	Somatoforme und dissoziative Angststörung, Persönlichkeitsstörungen	38.210	29,2%
Andere Störungen der Hör- und anderer Sinnesorgane	24.957	27,8%	Andere Störungen der Hör- und anderer Sinnesorgane	36.725	28,0%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die Anteilswerte beziehen sich auf die Anzahl der Demenz-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 89.904; 2010:130.952).

Tabelle 51: Die häufigsten 15 Krankenhaus-Hauptdiagnosen nach CCS-Gruppen für Demenz-Patienten, 2008 und 2010

Diagnosegruppe (CCS)	2008		Diagnosegruppen (CCS)	2010	
	Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	4.866	5,4%	Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	7.201	5,5%
Fraktur des Oberschenkelhalses (Hüfte)	1.999	2,2%	Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	3.271	2,5%
Akute zerebrovaskuläre Erkrankung	1.835	2,0%	Fraktur des Oberschenkelhalses (Hüfte)	3.157	2,4%
Offene Wunden am Kopf, Nacken, Rumpf	1.515	1,7%	Akute zerebrovaskuläre Erkrankung	2.877	2,2%
Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	1.474	1,6%	Herzinsuffizienz, nicht bluthochdrucksbedingt	2.844	2,2%
Synkope	1.386	1,5%	Offene Wunden am Kopf, Nacken, Rumpf	2.734	2,1%
Andere Störungen des Nervensystems	1.277	1,4%	Lungenentzündung (nicht verursacht durch Tb/STD/STI)	2.445	1,9%
Herzinsuffizienz, nicht bluthochdrucksbedingt	1.274	1,4%	Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	2.360	1,8%
Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	1.256	1,4%	Oberflächliche Verletzungen; Prellungen	2.310	1,8%
Andere Frakturen	1.219	1,4%	Harnwegsinfektionen	2.239	1,7%
Harnwegsinfektionen	1.176	1,3%	Andere Frakturen	2.148	1,6%
Fraktur der oberen Gliedmaßen	1.152	1,3%	Synkope	2.012	1,5%
Lungenentzündung (nicht verursacht durch Tb/STD/STI)	1.144	1,3%	Herzrythmusstörungen	1.804	1,4%
Herzrythmusstörungen	1.139	1,3%	Andere Störungen des Nervensystems	1.798	1,4%
Oberflächliche Verletzungen; Prellungen	1.139	1,3%	Fraktur der oberen Gliedmaßen	1.781	1,4%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die Anteilswerte beziehen sich auf die Anzahl der Demenz-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 89.904; 2010:130.952).

Tabelle 52: Die häufigsten 15 Krankenhaus-Nebendiagnosen nach CCS-Gruppen für Demenz-Patienten, 2008 und 2010

Diagnosegruppe (CCS)	2008		Diagnosegruppe (CCS)	2010	
	Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Essentielle Hypertonie	18.609	20,7%	Essentielle Hypertonie	31.851	24,3%
Restliche Codes; nicht klassifiziert	16.148	18,0%	Restliche Codes; nicht klassifiziert	30.307	23,1%
Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	16.074	17,9%	Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	29.069	22,2%
Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	10.078	11,2%	Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	18.810	14,4%
Urogenitale Symptome und schlecht definierte Zustände	9.630	10,7%	Urogenitale Symptome und schlecht definierte Zustände	17.989	13,7%
Andere Magen-Darm-Störungen	8.044	8,9%	Andere Magen-Darm-Störungen	16.295	12,4%
Andere Störungen des Nervensystems	7.404	8,2%	Andere Störungen des Nervensystems	14.182	10,8%
Herzrhythmusstörungen	6.136	6,8%	Herzrhythmusstörungen	12.019	9,2%
Harnwegsinfektionen	5.838	6,5%	Harnwegsinfektionen	11.004	8,4%
Koronare Herzkrankheit und andere Herzerkrankungen	5.706	6,3%	Chronisches Nierenversagen	10.266	7,8%
Diabetes mellitus ohne Komplikationen	5.656	6,3%	Herzinsuffizienz, nicht bluthochdruckbedingt	10.236	7,8%
Herzinsuffizienz, nicht bluthochdruckbedingt	5.424	6,0%	Diabetes mellitus ohne Komplikationen	10.042	7,7%
Disorders of lipid metabolism	5.243	5,8%	Koronare Herzkrankheit und andere Herzerkrankungen	9.488	7,2%
Störungen des Lipidstoffwechsels	4.596	5,1%	Störungen des Lipidstoffwechsels	9.042	6,9%
Andere Ernährungs-, endokrine und Stoffwechselstörungen	4.292	4,8%	Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	8.593	6,6%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die Anteilswerte beziehen sich auf die Anzahl der Demenz-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 89.904; 2010:130.952).

### 8.2.2 Häufigkeiten abgerechneter Demenz-typischer GOPs

Die nachfolgende Tabelle 53 zeigt die Häufigkeiten ausgewählter, für die Behandlung oder Diagnose von Demenz typischer Leistungen. Aufgeführt sind die absoluten Häufigkeiten der abgerechneten GOPs, wobei eine GOP im Verlauf eines Jahres bei einem Demenz-Patienten auch mehrmals abgerechnet werden kann, und die relativen Anteile an allen abgerechneten GOPs.

Bei Demenz-Patienten wurden im Jahr 2010 insgesamt 7.143 Cranio-CTs und 4.519 Cranio-MRTs abgerechnet (Tabelle 53). Folgt man der Annahme, dass je Patient nur jeweils ein Cranio-CT bzw. -MRT im Jahr erbracht wurde, so erhielten 5,5 % der Demenz-Patienten im Jahr 2010 ein Cranio-CT und 3,5 % ein Cranio-MRT.<sup>41</sup> Bei der Behandlung der Demenz-Patienten wurden im Jahr 2010 mehr als dreimal so viele Leistungen aus dem Psychiatrischen Leistungskapitel 21 des EBM als aus dem neurologischen Leistungskapitel 16 abgerechnet. Im Zeitverlauf nahm der Anteil der Gebührenordnungspositionen aus dem Kapitel 16 bei der Behandlung von Demenz-Patienten aber zu: Im Jahr 2008 wurden noch 4,4 mal so viele Leistungen aus dem Kapitel 21 wie aus dem Kapitel 16 bei Demenz-Patienten abgerechnet.

---

<sup>41</sup> Unter Versorgungsgesichtspunkten entscheidend ist weniger, wie viele Cranio-CTs pro Jahr erbracht werden, sondern ob überhaupt ein Cranio-CT im Leben eines Patienten durchgeführt wurde. Diese Information kann aus den vorliegenden Daten allerdings nicht gewonnen werden.



Tabelle 53: Anzahl ausgewählter GOPs bei Demenz-Patienten nach Bundesland und Anteil an allen GOPs im Bundesland, 2010

	GOP 34310		GOP 34410		Kapitel 16		Kapitel 21	
	CT Neuro-cranium		MRT Neuro-cranium		Neurologische und neuro- chirurgische GOP		Psychiatrische und Psycho- therapeutische GOP	
Schleswig-Holstein	223	0,04%	182	0,03%	5.226	0,86%	18.516	3,03%
Hamburg	110	0,03%	106	0,03%	3.806	0,92%	12.349	2,99%
Niedersachsen	673	0,06%	392	0,03%	11.787	0,96%	31.828	2,60%
Bremen	19	0,04%	11	0,02%	416	0,84%	1.838	3,70%
Nordrhein-Westfalen	2.071	0,05%	961	0,02%	38.669	0,99%	130.635	3,36%
Hessen	582	0,05%	349	0,03%	11.107	0,98%	24.137	2,13%
Rheinland-Pfalz	380	0,06%	229	0,04%	6.578	1,02%	18.244	2,82%
Baden-Württemberg	645	0,04%	466	0,03%	12.398	0,86%	38.957	2,70%
Bayern	757	0,03%	579	0,02%	21.987	0,90%	56.574	2,31%
Saarland	100	0,05%	64	0,03%	1.786	0,96%	6.537	3,51%
Berlin	459	0,06%	281	0,04%	7.335	0,95%	28.784	3,74%
Brandenburg	291	0,07%	155	0,04%	3.960	0,92%	14.570	3,38%
Mecklenburg-Vorpommern	122	0,04%	142	0,04%	3.021	0,94%	11.531	3,60%
Sachsen	341	0,05%	271	0,04%	7.660	1,11%	25.818	3,76%
Sachsen-Anhalt	217	0,06%	172	0,05%	3.449	0,95%	12.326	3,39%
Thüringen	143	0,04%	149	0,04%	3.512	1,01%	11.339	3,27%
ohne Zuordnung	5	0,07%	4	0,06%	129	1,88%	199	2,90%
Ausland	5	0,05%	6	0,06%	100	0,98%	317	3,09%
<b>Insgesamt</b>	<b>7.143</b>	<b>0,05%</b>	<b>4.519</b>	<b>0,03%</b>	<b>142.926</b>	<b>0,95%</b>	<b>444.499</b>	<b>2,97%</b>

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

### 8.2.3 Demenz-typische Arzneimittelverordnungen

Insgesamt erhielten die Demenz-Patienten 719.307 krankheitsbezogene Verordnungen im Jahr 2010. Im beobachteten Zeitraum stieg die Anzahl der Verordnungen stark an (2008: 478.585).

Die absolute Anzahl der Verordnungen war insbesondere für die drei betrachteten Arzneimittelgruppen (Neuroleptika, Antidepressiva sowie Hypnotika und Sedativa) relativ hoch (Tabelle 54). Die durchschnittliche Anzahl an Verordnungen war mit 8,9 Verordnungen je Patient für die Gruppe der Neuroleptika am höchsten und mit 2,5 Verordnungen je Patient für Donepezil am niedrigsten.

Mit der Ausnahme von Ginkgo-Biloba-Blätter-Trockenextrakt und Piracetam ist die Anzahl der verordneten DDDs im Zeitraum von 2008 bis 2010 für alle Arzneimittel angestiegen. Insbesondere die Anzahl der verordneten DDDs in der Gruppe der Antidepressiva stieg stark an (von rund 5,9 Mio. im Jahr 2008 auf rund 9,2 Mio. im Jahr 2010). Pro Patienten bedeutet dies allerdings nur einen Zuwachs von rund zehn DDDs im beobachteten Zeitraum. Die durchschnittliche Anzahl DDDs je Patient war für sechs der neun demenzspezifischen Arzneimittel im Jahr 2010 geringer als im Jahr 2008. Insbesondere sank die durchschnittliche Anzahl der verordneten DDDs für Galantamin (2008: 269,2 DDDs, 2010: 200,3 DDDs).

Bei Demenz-Patienten, die Antidementiva-Verordnungen<sup>42</sup> in Höhe von mind. 300 DDD innerhalb von 365 Tagen erhalten haben, soll innerhalb eines Jahres mindestens eine der folgenden GOPs zur Kontrolle des Krankheitsverlaufs abgerechnet werden:

- Anwendung und Auswertung von stand. Testverfahren (35300)
- Anwendung und Auswertung von psychom. Testverfahren (35301)
- Testverfahren bei Demenz-Verdacht (03242)
- Testverfahren bei Demenz-Verdacht (16340)
- Testverfahren bei Demenz-Verdacht (21340)

Von den 28.372 Patienten, die im Zeitraum 1.1.2008 bis 31.12.2010 Antidementiva-Verordnungen von mindestens 300 DDD innerhalb von 365 Tagen nach der ersten Antidementiva-Verordnung erhalten, wird bei rund einem Viertel (n = 7.630 ) innerhalb von 365 Tagen nach der ersten Verordnung mind. eine der fünf GOPs für ein Testverfahren abgerechnet.

---

<sup>42</sup> Die folgenden Antidementiva wurden mit einbezogen: Donepezil, Galantamin, Rivastigmin, Memantin.

Tabelle 54: Anzahl der Demenz-Patienten mit mind. einer demenz-typischen Verordnung sowie Anzahl der Verordnungen und der verordneten DDDs, 2008 und 2010

ATC-Code	2008				2010			
	Anzahl Patienten mit mind. einer Verordnung	Anzahl der Verordnungen	Anzahl DDDs	Ø Anzahl DDD je Patient	Anzahl Patienten mit mind. einer Verordnung	Anzahl der Verordnungen	Anzahl DDDs	Ø Anzahl DDD je Patient
N06DP01 Ginkgo-Biloba-Blätter-Trockenextrakt	1.667	4.631	248.002	148,8	1.341	4.258	229.409	171,1
N06BX03 Piracetam	2.559	7.637	378.715	148,0	1.857	5.429	245.426	132,2
N06DA03 Rivastigmin	2.565	11.104	374.139	145,9	3.455	13.959	459.828	133,1
N06DA04 Galantamin	3.656	12.906	984.162	269,2	4.926	13.845	986.452	200,3
N06DA02 Donepezil	5.996	14.592	1.140.543	190,2	8.102	19.970	1.692.434	208,9
N06DX01 Memantin	10.071	39.499	1.894.837	188,1	11.975	38.511	2.231.304	186,3
Gruppe der Hypnotika u. Sedativa	17.265	103.187	2.093.476	121,3	23.592	135.314	2.533.754	107,4
Gruppe der Neuroleptika	24.859	93.229	5.888.786	236,9	37.484	144.892	9.224.911	246,1
Gruppe der Antidepressiva	22.850	191.800	3.221.399	141,0	38.670	343.129	5.153.263	133,3

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Betrachtet man den Anteil der Demenz-Patienten mit mind. einer demenz-typischen Verordnung nach Untergruppen für das Jahr 2010, so lassen sich Unterschiede in der Medikation der Demenz-Patienten nach Untergruppe erkennen: so erhalten rund 72 % der Patienten mit Lewy-Körper-Demenz mindestens eine Verordnung eines Antidepressivum, während es bei andernorts klassifizierter Demenz nur 44,5 % der Patienten sind. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch bei der Verordnung von Rivastigmin: während 21,1 % der Patienten mit Demenz bei Morbus Parkinson und 23,2 % der Patienten mit Lewy-Körper-Demenz mindestens eine Verordnung von Rivastigmin erhalten, sind es bei vaskulärer Demenz, Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen und nicht näher bezeichneter Demenz nur rund 3 % oder weniger der Demenz-Patienten, die Rivastigmin verordnet bekommen. Auffällig hoch ist auch der Anteil Patienten mit Demenz ohne Diagnose (also nur Arzneimittelverordnung), die mindestens eine Verordnung Memantin erhalten (42,6 %).

Tabelle 55: Anteil der Demenz-Patienten mit demenz-typischen Arzneimittelverordnungen nach Demenz-Untergruppen, 2010

	ATC	Demenz bei Alzheimer (n = 20.504)	Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (n = 1.143)	Lewy- Körper- Demenz (n = 82)	nicht näher bezeichnete Demenz (n = 43.238)	Demenz ohne Diagnose (n = 3.584)	Vaskuläre Demenz (n = 12.920)	Demenz bei Morbus- Parkinson (n = 1.296)	Demenz insg. (n = 82.814)
Ginkgo-Biloba- Blätter- Trockenextrakt	N06DP01	1,4%	1,6%	1,2%	1,7%	1,3%	2,0%	0,2%	1,6%
Piracetam	N06BX03	1,8%	3,6%	0,0%	2,2%	1,7%	3,4%	1,0%	2,2%
Rivastigmin	N06DA03	5,7%	3,1%	23,2%	3,0%	10,3%	2,3%	21,1%	4,2%
Galantamin	N06DA04	10,3%	2,6%	8,5%	4,3%	10,6%	3,8%	1,4%	5,9%
Donepezil	N06DA02	16,0%	5,5%	9,8%	7,5%	20,9%	5,7%	3,4%	9,8%
Memantin	N06DX01	19,9%	8,8%	6,1%	11,3%	42,6%	10,1%	5,6%	14,5%
Hypnotika u. Sedativa		24,3%	34,7%	22,0%	30,3%	19,6%	31,2%	24,8%	28,5%
Neuroleptika		40,4%	53,3%	41,5%	46,7%	41,4%	48,4%	47,0%	45,3%
Antidepressiva		46,8%	44,5%	72,0%	48,5%	24,7%	46,0%	55,3%	46,7%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

Bei allen Untergruppen wurden Hypnotika und Sedative sowie Ginkgo-Präparate hauptsächlich durch die Fachgruppe der Hausärzte verordnet (Tabelle 56). Eine Ausnahme bildeten dabei lediglich die Patienten mit Lewy-Körper-Demenz, bei denen der Anteil der DDDs der Hypnotika und Sedativa, die von Hausärzten verordnet wurden, bei rund 8,4 % lag. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Anzahl der Patienten sowie die absolute Anzahl an verordneten DDDs für Patienten mit einer Lewy-Körper-Demenz relativ gering sind.

Bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit wurden 63,5 % der Tagesdosen Rivastigmin von den Fachgruppen der Neurologie, der Nervenheilkunde sowie der Psychiatrie und Psychotherapie verordnet. Am geringsten war der Anteil dieser ärztlichen Fachgruppen an den verordneten DDDs mit rund einem Drittel bei Hypnotika und Sedativa. Über 50 % der DDDs dieser Arzneimittelgruppe wurden bei Patienten mit einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit von Hausärzten verordnet.

Bei Patienten mit einer Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen wurden rund zwei Drittel der DDDs von Piracetam (72 %), Galantamin (66,1 %) und Memantin (64,6 %) von den ärztlichen Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde sowie Psychiatrie und Psychotherapie verordnet.

Bei Patienten mit einer Lewy-Körper-Demenz stammten alle verordneten Memantin-DDDs von Fachärzten und 90,8 % der DDDs von Hypnotika-Sedative von den ärztlichen Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Ginkgo-Präparate wurden dagegen für Patienten in dieser Demenz-Gruppe ausschließlich von Hausärzten verordnet.

Bei Patienten mit einer nicht näher bezeichneten-Demenz sowie mit einer Demenz ohne Diagnose lag der Anteil der DDDs, der von den ärztlichen Fachgruppen Neurologie, Nervenheilkunde sowie Psychiatrie und Psychotherapie verordnet wurde, bei allen Medikamenten - mit Ausnahme von Rivastigmin und Galantamin bei der nicht näher bezeichneten Demenz und Piracetam bei Demenz ohne Diagnose - unter 50 %.

Bei Patienten mit einer vaskulären Demenz wurden insbesondere Hypnotika und Sedativa, Ginkgo-Biloba-Blätter-Trockenextrakte sowie Antidepressiva von Hausärzten verschrieben.

Bei Patienten mit einer Demenz bei Morbus-Parkinson verordneten die Fachärzte für Neurologie, für Nervenheilkunde sowie für Psychiatrie und Psychotherapie 81,6 % aller DDDs von Rivastigmin, 69,6 % der DDDs von Memantin und 63,1 % der DDDs von Piracetam. Auch in dieser Demenz-Untergruppe war über die Hälfte der verordneten DDDs von Hypnotika und Sedativa den Hausärzten zuzuordnen.

Tabelle 56: Anteile der ärztlichen Fachgruppen an den verordneten DDDs der demenz-typ. Arzneimittel nach Untergruppen der Demenz-Patienten, 2010

	Haus- ärzte	Nerven- ärzte	Neuro- logen	Psychiater u. Psycho- therap.	Fach- gruppe 00	weitere FG	Insg.
<b>Demenz bei Alzheimer</b>							
Antidepressiva	38,2%	30,7%	8,4%	11,1%	9,9%	1,8%	100%
Hypnotika und Sedativa	52,8%	21,7%	4,1%	9,2%	9,2%	3,0%	100%
Piracetam	41,4%	40,6%	7,0%	7,0%	2,0%	1,9%	100%
Donepezil	30,0%	33,1%	13,5%	7,9%	13,9%	1,6%	100%
Rivastigmin	23,4%	40,3%	13,8%	9,4%	11,8%	1,4%	100%
Galantamin	25,8%	37,9%	14,5%	7,4%	12,7%	1,7%	100%
Ginkgo-Biloba- Blätter	43,6%	29,6%	0,7%	14,8%	9,0%	2,3%	100%
Memantin	30,2%	36,2%	12,9%	9,1%	10,1%	1,4%	100%
Neuroleptika	31,4%	32,8%	7,9%	11,8%	14,3%	1,7%	100%
Insgesamt	34,8%	32,2%	9,7%	10,1%	11,4%	1,8%	100%
							(n = 6.016.713)
<b>Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen</b>							
Antidepressiva	32,4%	37,5%	8,3%	8,5%	11,3%	2,0%	100,0%
Hypnotika und Sedativa	40,3%	31,5%	6,7%	5,9%	12,2%	3,4%	100,0%
Piracetam	25,9%	51,8%	20,2%	0,0%	2,1%	0,0%	100,0%
Donepezil	27,3%	37,1%	5,6%	10,4%	18,8%	0,9%	100,0%
Rivastigmin	16,2%	51,0%	15,3%	4,8%	6,6%	6,0%	100,0%
Galantamin	25,2%	30,1%	23,3%	12,7%	6,4%	2,3%	100,0%
Ginkgo-Biloba- Blätter	46,9%	28,8%	10,3%	3,5%	0,0%	10,6%	100,0%
Memantin	22,4%	42,5%	12,2%	9,9%	10,9%	2,2%	100,0%
Neuroleptika	16,7%	39,6%	4,7%	7,7%	30,1%	1,2%	100,0%
Insgesamt	26,7%	37,9%	7,3%	7,9%	18,3%	1,9%	100,0%
							(n = 459.774)
<b>Lewy-Körper-Demenz</b>							
Antidepressiva	23,4%	38,8%	23,5%	0,5%	12,7%	1,1%	100,0%
Hypnotika und Sedativa	8,4%	58,1%	20,8%	12,0%	0,6%	0,2%	100,0%
Piracetam	-	-	-	-	-	-	-

	Haus- ärzte	Nerven- ärzte	Neuro- logen	Psychiater u. Psycho- therap.	Fach- gruppe 00	weitere FG	Insg.
Donepezil	10,1%	42,6%	0,0%	9,5%	37,9%	0,0%	100,0%
Rivastigmin	25,0%	29,9%	31,8%	2,9%	7,7%	2,7%	100,0%
Galantamin	36,8%	59,7%	2,3%	0,0%	1,3%	0,0%	100,0%
Ginkgo-Biloba- Blätter	100,0 %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Memantin	0,0%	39,0%	0,0%	32,5%	16,3%	12,2%	100,0%
Neuroleptika	34,3%	27,6%	14,5%	2,0%	21,6%	0,0%	100,0%
Insgesamt	24,2%	38,2%	18,3%	3,7%	14,6%	1,0%	100,0% (n = 23.723)
<b>Nicht näher bezeichnete Demenz</b>							
Antidepressiva	50,2%	23,7%	6,7%	8,1%	9,5%	1,9%	100,0%
Hypnotika und Sedativa	63,1%	15,6%	3,7%	6,3%	8,4%	2,9%	100,0%
Piracetam	53,3%	33,7%	8,2%	1,8%	1,0%	2,0%	100,0%
Donepezil	39,8%	26,8%	12,4%	5,2%	13,8%	1,9%	100,0%
Rivastigmin	29,6%	32,7%	17,2%	7,6%	11,4%	1,6%	100,0%
Galantamin	32,4%	30,3%	14,9%	5,4%	15,4%	1,6%	100,0%
Ginkgo-Biloba- Blätter	69,9%	15,4%	3,7%	3,6%	3,6%	4,0%	100,0%
Memantin	37,6%	29,8%	11,5%	7,1%	11,8%	2,1%	100,0%
Neuroleptika	34,4%	31,0%	6,8%	9,5%	16,3%	2,0%	100,0%
Insgesamt	45,6%	25,5%	7,5%	7,8%	11,6%	2,1%	100,0% (n = 11.491.532)
<b>Demenz ohne Diagnose, mit demenzspezifischer Arzneimittelverordnung</b>							
Antidepressiva	41,2%	19,3%	5,7%	6,4%	24,3%	3,1%	100,0%
Hypnotika und Sedativa	55,6%	14,9%	2,4%	5,7%	15,3%	6,1%	100,0%
Piracetam	42,1%	46,2%	4,1%	0,0%	1,3%	6,3%	100,0%
Donepezil	53,7%	13,0%	3,2%	3,1%	23,2%	3,8%	100,0%
Rivastigmin	41,6%	20,5%	8,1%	3,0%	22,3%	4,4%	100,0%
Galantamin	47,4%	18,6%	2,5%	2,2%	26,6%	2,7%	100,0%
Ginkgo-Biloba- Blätter	24,4%	5,1%	0,5%	0,3%	63,1%	6,6%	100,0%
Memantin	54,0%	20,6%	4,5%	4,4%	13,1%	3,3%	100,0%
Neuroleptika	25,3%	22,3%	1,7%	9,6%	34,6%	6,5%	100,0%



	Haus- ärzte	Nerven- ärzte	Neuro- logen	Psychiater u. Psycho- therap.	Fach- gruppe 00	weitere FG	Insg.
Insgesamt	44,9%	19,0%	4,3%	5,4%	22,5%	3,9%	100,0% (n = 1.126.105)
<b>Vaskuläre Demenz</b>							
Antidepressiva	47,0%	28,0%	6,0%	9,3%	8,0%	1,8%	100,0%
Hypnotika und Sedativa	59,3%	20,7%	3,0%	6,0%	8,0%	3,0%	100,0%
Piracetam	40,3%	41,9%	10,0%	6,4%	0,4%	1,1%	100,0%
Donepezil	38,2%	23,2%	13,5%	5,7%	16,3%	3,1%	100,0%
Rivastigmin	27,6%	37,8%	10,1%	6,3%	15,2%	3,0%	100,0%
Galantamin	28,4%	37,4%	10,1%	7,5%	14,4%	2,2%	100,0%
Ginkgo-Biloba- Blätter	49,8%	35,9%	3,0%	2,2%	4,0%	5,1%	100,0%
Memantin	35,1%	33,0%	11,1%	8,3%	11,2%	1,3%	100,0%
Neuroleptika	36,6%	30,6%	5,9%	10,7%	14,5%	1,7%	100,0%
Insgesamt	44,2%	28,5%	6,5%	8,7%	10,1%	2,0%	100,0% (n = 3.330.130)
<b>Demenz bei Morbus-Parkinson</b>							
Antidepressiva	31,0%	38,6%	15,2%	10,5%	3,6%	1,2%	100,0%
Hypnotika und Sedativa	50,3%	29,9%	9,1%	3,9%	5,5%	1,5%	100,0%
Piracetam	36,9%	61,3%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	100,0%
Donepezil	19,8%	48,0%	17,8%	4,6%	9,8%	0,0%	100,0%
Rivastigmin	11,3%	48,7%	27,3%	5,6%	6,1%	1,0%	100,0%
Galantamin	17,5%	25,0%	17,1%	6,1%	31,6%	2,6%	100,0%
Ginkgo-Biloba- Blätter	10,8%	89,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Memantin	24,7%	49,2%	18,5%	1,8%	5,5%	0,2%	100,0%
Neuroleptika	21,7%	36,5%	17,8%	9,9%	12,2%	2,0%	100,0%
Insgesamt	27,9%	39,2%	16,6%	8,5%	6,4%	1,3%	100,0% (n = 380.805)

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten

## 8.3 Schizophrenie

### 8.3.1 Komorbiditäten der Schizophrenie-Patienten

Neben der Krankheit Schizophrenie wurden für die Schizophrenie-Patienten im Rahmen ihrer ambulanten oder stationären Behandlung weitere Diagnosen dokumentiert. Für eine Darstellung der 15 häufigsten ambulanten Diagnosen sowie der Haupt- und Nebendiagnosen im Krankenhaus wurden die ICD-10-Kodes unter Verwendung der Clinical Classification Software (CCS) in 259 Morbiditätskategorien eingeteilt.

#### *Häufigste Diagnosen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich*

Bei den Schizophrenie-Patienten dominierten Diagnosegruppen aus dem Bereich der Schizophrenie und verwandten Störungen (98,1 %), affektive Störungen (43,6 %), andere Psychosen (40,5 %) sowie Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen (39,9 %) (Tabelle 57).

#### *Häufigste Krankenhaus-Hauptdiagnosen*

Rund 17 % der Schizophrenie-Patienten wurden im Jahr 2008 mit Dokumentation der Diagnosegruppe Schizophrenie und verwandte Störungen aus dem Krankenhaus entlassen (2010: 13,8 %) (Tabelle 58). Unter den häufigsten Diagnosegruppen rangierten des Weiteren affektive Störungen, Angstzustände sowie Senilität und organisch bedingte mentale Störungen.

#### *Häufigste Krankenhaus-Nebendiagnosen*

Die häufigste Krankenhaus-Nebendiagnose bei Schizophrenie-Patienten war mit rund einem Zehntel der betroffenen Patienten "Schizophrenie und verwandte Störungen" auf Platz 1 der Krankenhaus-Nebendiagnosen gefolgt von essentieller Hypertonie und affektiven Störungen (Tabelle 59).

Tabelle 57: Die 15 häufigsten ambulanten vertragsärztlichen Diagnosen nach CCS-Gruppen für Schizophrenie-Patienten, 2008 und 2010

2008			2010		
Diagnosegruppe (CCS)	Anzahl	Anteil	Diagnosegruppen (CCS)	Anzahl	Anteil
Schizophrenie und verwandte Störungen	35.101	98,1%	Schizophrenie und verwandte Störungen	37.396	98,5%
Affektive Störungen	15.585	43,6%	Affektive Störungen	17.298	45,6%
Andere Psychosen	14.505	40,5%	Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	16.263	42,9%
Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	14.280	39,9%	Andere Psychosen	14.941	39,4%
Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	12.201	34,1%	Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	13.184	34,7%
Essentielle Hypertonie	10.895	30,5%	Essentielle Hypertonie	12.811	33,8%
Impfungen und Screening nach Infektionskrankheiten	10.047	28,1%	Restliche Codes; nicht klassifiziert	11.727	30,9%
Restliche Codes; nicht klassifiziert	9.831	27,5%	Screening nach anderen vermuteten Erkrankungen	10.576	27,9%
Screening nach anderen vermuteten Erkrankungen	9.664	27,0%	Impfungen und Screening nach Infektionskrankheiten	10.510	27,7%
Störungen des Lipidstoffwechsels	9.313	26,0%	Störungen des Lipidstoffwechsels	10.259	27,0%
Blindheit und Sehstörungen	9.072	25,4%	Andere Ernährungs-, endokrine und Stoffwechselerkrankungen	9.821	25,9%
Andere Ernährungs-, endokrine und Stoffwechselerkrankungen	8.311	23,2%	Blindheit und Sehstörungen	9.690	25,5%
Andere Störungen des Nervensystems	8.185	22,9%	Schilddrüsen-erkrankungen	9.304	24,5%
Schilddrüsen-erkrankungen	8.146	22,8%	Andere Störungen des Nervensystems	9.289	24,5%
Andere Infektionen der oberen Atemwege	7.374	20,6%	Andere Bindegewebs-erkrankungen	7.686	20,3%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die Anteilswerte beziehen sich auf die Anzahl der Schizophrenie-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 35.772; 2010:37.950).

Tabelle 58: Die häufigsten 15 Krankenhaus-Hauptdiagnosen nach CCS-Gruppen für Schizophrenie-Patienten, 2008 und 2010

Diagnosegruppe (CCS)	2008		Diagnosegruppen (CCS)	2010	
	Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Schizophrenie und verwandte Störungen	5.983	16,7%	Schizophrenie und verwandte Störungen	5.245	13,8%
Affektive Störungen	931	2,6%	Affektive Störungen	843	2,2%
Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	529	1,5%	Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	518	1,4%
Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	373	1,0%	Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	460	1,2%
Alkoholbezogene psychische Störungen	331	0,9%	Alkoholbezogene psychische Störungen	337	0,9%
Andere Psychosen	307	0,9%	Andere Störungen des Nervensystems	306	0,8%
Andere Störungen des Nervensystems	258	0,7%	Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	259	0,7%
Drogenbezogene psychische Störungen	249	0,7%	Drogenbezogene psychische Störungen	255	0,7%
Spondylosis, intervertebrale Bandscheibenerkrankungen, andere Rückenprobleme	219	0,6%	Andere Psychosen	249	0,7%
Epilepsie, Krämpfe	177	0,5%	Epilepsie, Krämpfe	239	0,6%
Osteoarthritis	168	0,5%	Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	237	0,6%
Lungenentzündung (nicht verursacht durch Tuberkulose / STDs)	157	0,4%	Lungenentzündung (nicht verursacht durch Tuberkulose / STDs)	221	0,6%
Frakturen der oberen Gliedmaßen	152	0,4%	Offene Wunden am Kopf, Nacken, Rumpf	211	0,6%
Entzündungen der Haut und des Subkutangewebes	152	0,4%	Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	197	0,5%
Bakterielle Entzündung, unspezifischer Ort	150	0,4%	Frakturen der oberen Gliedmaßen	188	0,5%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Der Anteil bezieht sich auf die Anzahl der Schizophrenie-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 35.772; 2010:37.950).

Tabelle 59: Die häufigsten 15 Krankenhaus-Nebendiagnosen nach CCS-Gruppen für Schizophrenie-Patienten, 2008 und 2010

2008			2010		
Diagnosegruppe (CCS)	Anzahl	Anteil	Diagnosegruppe (CCS)	Anzahl	Anteil
Schizophrenie und verwandte Störungen	3.228	9,0%	Schizophrenie und verwandte Störungen	3.596	9,5%
Essentielle Hypertonie	2.191	6,1%	Restliche Codes; nicht klassifiziert	2.888	7,6%
Restliche Codes; nicht klassifiziert	1.997	5,6%	Essentielle Hypertonie	2.870	7,6%
Affektive Störungen	1.440	4,0%	Affektive Störungen	1.661	4,4%
Drogenbezogene psychische Störungen	1.337	3,7%	Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	1.492	3,9%
Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	1.145	3,2%	Drogenbezogene psychische Störungen	1.394	3,7%
Andere Ernährungs-, endokrine und Stoffwechselerkrankungen	1.044	2,9%	Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	1.324	3,5%
Flüssigkeitsstörungen und Elektrolytestörungen	1.036	2,9%	Andere Ernährungs-, endokrine und Stoffwechselerkrankungen	1.322	3,5%
Senilität und organisch bedingte mentale Störungen	959	2,7%	Angstzustände, somatoforme, dissoziative und Persönlichkeitsstörungen	1.249	3,3%
Andere Störungen des Nervensystems	849	2,4%	Andere Magen-Darm-Störungen	1.209	3,2%
Diabetes mellitus ohne Komplikationen	848	2,4%	Andere Störungen des Nervensystems	1.173	3,1%
Alkoholbezogene psychische Störungen	821	2,3%	Diabetes mellitus ohne Komplikationen	1.162	3,1%
Andere Magen-Darm-Störungen	790	2,2%	Urogenitale Symptome und schlecht-definierte Zustände	1.130	3,0%
Urogenitale Symptome und schlecht-definierte Zustände	780	2,2%	Schilddrüsenerkrankungen	1.121	3,0%
Schilddrüsenerkrankungen	754	2,1%	Alkoholbezogene psychische Störungen	869	2,3%

Quelle: IGES auf Basis der BARMER GEK-Routinedaten

Anmerkung: Die Anteilswerte beziehen sich auf die Anzahl der Schizophrenie-Patienten im jeweiligen Jahr (2008: 35.772; 2010:37.950).

### **8.3.2 Häufigkeiten abgerechneter Schizophrenie-typischer GOPs**

Bei Schizophrenie-Patienten wurden Betreuungs- und Soziotherapie-Leistungen näher untersucht (Tabelle 60). Im Jahr 2010 wurden die Zusatzpauschalen für die (kontinuierliche) Mitbetreuung eines Schizophrenie-Patienten in der häuslichen und/oder familiären Umgebung (GOP 21230 und GOP 21233) 48.827 mal abgerechnet - die Pauschale für die kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen (GOP 21231) hingegen nur 8.113 mal.

Das Hinzuziehen soziotherapeutischer Leistungserbringer wurde im Jahr 2010 bei der Behandlung von Schizophrenie-Patienten 487 mal abgerechnet. Unter der Annahme, dass die Leistung jeweils nur einmal je Patient im Jahr abgerechnet wurde, wurde bei 1,3 % der Schizophrenie-Patienten im Jahr 2010 ein soziotherapeutischer Leistungserbringer hinzugezogen. Besonders häufig, sowohl absolut, als auch bezogen auf die Anzahl der Schizophrenie-Patienten, wurde die GOP 30800 in Schleswig-Holstein abgerechnet (173 Abrechnungen der GOP; 11,7 % der Schizophrenie-Patienten). Eine Erstverordnung der Soziotherapie bei Schizophrenie-Patienten erfolgte im Jahr 2010 deutschlandweit 58 mal, eine Folgeverordnung 99 mal.

Tabelle 60: Anzahl ausgewählter GOPs bei Schizophrenie-Patienten nach Bundesland und Anteil an allen GOPs im Bundesland, 2010

	<b>GOP 21230</b>	<b>GOP 21231</b>	<b>GOP 21233</b>	<b>GOP 30800</b>	<b>GOP 30810</b>	<b>GOP 30811</b>
	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Hinzuziehung soziotherap. Leistungserbringer</b>	<b>Erstverordnung Soziotherapie</b>	<b>Folgeverordnung Soziotherapie</b>
Schleswig-Holstein	535 0,34%	1.651 1,05%	428 0,27%	173 0,11%	1 0,00%	2 0,00%
Hamburg	483 0,37%	920 0,71%	211 0,16%	0 0,00%	2 0,00%	0 0,00%
Niedersachsen	1.326 0,47%	2.047 0,72%	652 0,23%	29 0,01%	8 0,00%	4 0,00%
Bremen	108 0,62%	235 1,34%	82 0,47%	0 0,00%	3 0,02%	2 0,01%
Nordrhein- Westfalen	5.764 0,48%	8.959 0,74%	2.494 0,21%	22 0,00%	1 0,00%	0 0,00%
Hessen	1.038 0,35%	1.590 0,54%	422 0,14%	35 0,01%	6 0,00%	5 0,00%
Rheinland-Pfalz	1.228 0,64%	1.608 0,84%	447 0,23%	11 0,01%	6 0,00%	10 0,01%
Baden- Württemberg	2.214 0,57%	3.589 0,93%	696 0,18%	110 0,03%	15 0,00%	37 0,01%
Bayern	2.519 0,44%	4.248 0,74%	1.569 0,28%	56 0,01%	4 0,00%	10 0,00%
Saarland	399 0,63%	652 1,02%	223 0,35%	1 0,00%	3 0,00%	5 0,01%

	<b>GOP 21230</b>	<b>GOP 21231</b>	<b>GOP 21233</b>	<b>GOP 30800</b>	<b>GOP 30810</b>	<b>GOP 30811</b>
	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Mitbetreuung</b>	<b>Hinzuziehung soziotherap. Leistungserbringer</b>	<b>Erstverordnung Soziotherapie</b>	<b>Folgeverordnung Soziotherapie</b>
Berlin	776 0,43%	1.432 0,79%	284 0,16%	27 0,01%	5 0,00%	11 0,01%
Brandenburg	652 0,70%	607 0,66%	109 0,12%	17 0,02%	1 0,00%	0 0,00%
Mecklenburg-Vorp.	401 0,57%	500 0,71%	101 0,14%	0 0,00%	1 0,00%	5 0,01%
Sachsen	447 0,45%	604 0,60%	139 0,14%	0 0,00%	0 0,00%	5 0,00%
Sachsen-Anhalt	535 0,62%	579 0,67%	134 0,15%	1 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
Thüringen	545 0,73%	517 0,69%	117 0,16%	5 0,01%	2 0,00%	3 0,00%
ohne Zuordnung	38 0,76%	33 0,66%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
Ausland	23 0,61%	25 0,66%	5 0,13%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
<b>gesamt</b>	<b>19.031</b> <b>0,49%</b>	<b>29.796</b> <b>0,76%</b>	<b>8.113</b> <b>0,21%</b>	<b>487</b> <b>0,01%</b>	<b>58</b> <b>0,00%</b>	<b>99</b> <b>0,00%</b>

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Routinedaten



---

---

---



**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.com](http://www.iges.com)