

Ergebnisbericht

Abschätzung von Unterschieden von Diagnoseprävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen in der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber vollständigen Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung

Autoren

Thomas G. Grobe, Timm Frerk

Im Auftrag und unter Beteiligung des Robert Koch-Instituts, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring: Dr. Lukas Reitzle, Dr. Roma Thamm, Dr. Julia Thom, Felicitas Vogelgesang
Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin

Vorgelegt vom aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen – Text und Ergebnisse in der Fassung vom 13.03.2024

Förderhinweis

Das Projekt "Verlängerung des Projektes Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance mit Erweiterung zu einer NCD-Surveillance (DiabSurv 3.0 - Fortsetzung)" wurde gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen: 2523DIA002)

Kontakt

Thomas.Grobe@aqua-institut.de

Vorgeschlagene Zitierweise

Grobe TG, Frerk T (2024) Abschätzung von Unterschieden von Diagnoseprävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen in der vertragsärztlichen Versorgung gegenüber vollständigen Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisbericht zu einem Kooperationsprojekt im Rahmen der Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut. aQua-Institut, Göttingen
DOI: 10.25646/12235

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1 Hintergrund	3
2 Auswertungsziele – Methodik	3
2.1 Nennerbildung bei Auswertungen zu bei Krankenkassen verfügbaren Informationen mit Versicherungshistorien	4
2.2 Nennerbildung bei Auswertungen basierend auf Informationen aus kassenärztlichen Abrechnungsdaten	5
2.3 Berücksichtigung von Daten zu Diagnosen aus unterschiedlichen Sektoren der Versorgung	6
2.4 Berücksichtigung von Daten zu Arzneiverordnungen	8
2.5 Ermittlung von Diagnoseprävalenzen – Gegenüberstellungen	8
3 Ergebnisse	10
3.1 Diabetes	12
3.2 Koronare Herzerkrankung (KHK)	15
3.3 Hypertonie	18
3.4 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	21
3.5 Asthma	24
3.6 Demenz	27
3.7 [Akuter] unterer Rückenschmerz	30
3.8 Lungenkrebs	33
3.9 Herzinsuffizienz	36
3.10 Psychische Störungen	39
3.11 Depression	42
3.12 Angststörungen	45
3.13 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	48
3.14 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	51
3.15 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	54
3.16 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	57
3.17 Verletzungen des Kniegelenks	60
3.18 Ergebnisübersichten	63
4 Diskussion	67

Hinweis

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

1 Hintergrund

Regelmäßig und dabei vorrangig zu Abrechnungszwecken erfasste Routinedaten zur gesundheitlichen Versorgung bieten mit den darin enthaltenen Diagnoseangaben umfassende Möglichkeiten zum Monitoring der Prävalenzen von Erkrankungen in Deutschland, selbst wenn Prävalenzschätzer aus Routinedaten i.d.R. nicht mit solchen aus Primärerhebungen gleichgesetzt werden können und insofern zur Abgrenzung nachfolgend von Diagnoseprävalenzen gesprochen werden soll. Ideal erscheinen dabei zur Bestimmung bevölkerungsbezogener Diagnoseprävalenzen Routinedaten, die Informationen aus sämtlichen Leistungsbereichen zur gesamten Bevölkerung umfassen.

Rund 13 Prozent der Bevölkerung sind in Deutschland nicht gesetzlich krankenversichert. Der überwiegende Teil dieser Personen ist in der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. Aufgrund von Abrechnungsmodalitäten stehen zu den Versicherten der PKV typischerweise keine Routinedaten für diagnosebezogene Auswertungen zur Verfügung. Anders ist die Situation bezogen auf die rund 87 Prozent der Bevölkerung mit Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Umfassende Informationen zu Diagnosen aus den unterschiedlichen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung sind aktuell, und in vergleichbarer Form, primär bei den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen sowie seit einer Reihe von Jahren in einer GKV-kassenübergreifenden Zusammenstellung auch in Form von Daten nach Datentransparenzverordnung (DaTraV) verfügbar. Die Nutzung der DaTraV-Daten hat sich in der Vergangenheit allerdings als schwierig erwiesen, Ergebnisse können nach vorliegenden Erfahrungen ggf. erst mit erheblicher Verzögerung erwartet werden. Mit einem deutlich geringeren Zeitverzug lassen sich demgegenüber in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und/oder dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) Auswertungen zu Diagnosehäufigkeiten realisieren, in denen ggf. gleichfalls Diagnoseangaben zu allen GKV-Versicherten berücksichtigt werden können. Dabei handelt sich allerdings ausschließlich um diejenigen Diagnosen, die im Rahmen der ambulanten (kassen-)ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung dokumentiert werden – insbesondere Diagnosen zur stationären Versorgung sind in diesen Daten nicht enthalten.

2 Auswertungsziele – Methodik

Vor dem geschilderten Hintergrund besteht die Frage, inwieweit Auswertungen der bei der KBV verfügbaren Daten zu Diagnosen ausschließlich zur ambulanten Versorgung ausreichend sind, um aussagefähige und weitgehend valide Schätzungen der Diagnoseprävalenz vorzunehmen bzw. inwieweit eine entsprechende Beschränkung der Analysen zu abweichenden Prävalenzschätzungen für die Gesamtpopulation und/oder in bestimmten Subgruppen führt. Im Rahmen des hier dargestellten Projektes wird dieser Frage im Hinblick auf ausgewählte, nicht übertragbare Erkrankungen nachgegangen (vgl. spätere Auflistung). Betrachtet wurden dabei primär Daten zu den Jahren 2019 bis 2022, die von der BARMER für Forschungszwecke in einem wissenschaftlichen Data Warehouse (W-DWH) vorgehalten werden und im Rahmen des Projektes genutzt werden konnten. Diese Daten umfassen Informationen zu allen relevanten Sektoren der gesundheitlichen Versorgung zu bundesweit gut zehn Prozent der Bevölkerung.

Bei Auswertungen der sektorenübergreifend vorliegenden Daten wurden ggf. bereits verfügbare Falldefinitionen berücksichtigt, die seitens des RKI bereitgestellt wurden und zuvor primär für Auswertungen mit Rückgriff auf kassenübergreifend verfügbare GKV-Daten konzipiert worden waren (z.B. DaTraV-Daten sowie perspektivisch Daten des Forschungsdatenzentrums Gesundheit (FDZ)). Bei Auswertungen mit Rückgriff ausschließlich auf Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung wurden – in Abstimmung mit dem RKI – möglichst ähnliche bzw. vergleichbare Falldefinitionen verwendet. Sämtliche Ergebnisse zu Prävalenzschätzungen wurden primär zunächst differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Wohnregionen in Bundesländern ermittelt.

Zuordnung der GKV-Versicherten im Alter bis unter 15 Jahre zu den hier differenzierteren Altersgruppen gemäß ihrer anteiligen Bedeutung nach Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung desselben Jahres.

Bei den nachfolgend dargestellten Ergebnissen handelt es sich durchgängig um Ergebnisse, die gemäß Strukturangaben zur GKV-Population standardisiert bzw. gewichtet wurden. Ergebnisse mit Standardisierung auf die Bevölkerung Deutschlands werden gesondert bereitgestellt.

Zur Gewichtung von berücksichtigten BARMER-Versicherten bei Hochrechnungen auf die GKV-Versicherten in Deutschland $POP_{GKV_{0107}}$ wurde mit Rückgriff auf die Anzahl der berücksichtigten BARMER-Versicherten POP_B des jeweils betrachteten Jahres für alle Strata ein Faktor $w_{Vp} = POP_{GKV_{0107}} / POP_B$ berechnet.

Zur Gewichtung von berücksichtigten BARMER-Versicherten bei Hochrechnungen auf die (durchschnittliche) Bevölkerung in Deutschland POP_{mean} wurde mit Rückgriff auf die Anzahl bei berücksichtigten BARMER-Versicherten POP_B für alle Strata ein Faktor $w_{Dp} = POP_{mean} / POP_B$ berechnet.

Auf Basis der BARMER-Daten werden damit Prävalenzschätzer und ggf. Schätzungen zu absoluten Betroffenenzahlen geliefert, die sich zum einen auf die Gesamtpopulation der GKV-Versicherten und zum anderen auf die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland im jeweiligen Jahr beziehen.

2.2 Nennerbildung bei Auswertungen basierend auf Informationen aus kassenärztlichen Abrechnungsdaten

Die zweite grundlegende Variante einer Nennerbildung soll ausschließlich auf diejenigen Informationen zurückgreifen, die für die Bildung einer Bezugspopulation auch der KBV bzw. dem Zi direkt verfügbar sind oder sein sollten. Eine wesentliche Einschränkung bei der ausschließlichen Nutzung der Abrechnungsdaten zur ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung resultiert daraus, dass die der KBV vorliegenden Daten primär keine Informationen zu der im Rahmen von Prävalenzschätzungen idealtypisch relevanten Bezugspopulation enthalten. In den Abrechnungsdaten zu einem Kalenderjahr liegen ausschließlich Informationen zu denjenigen GKV-Versicherten vor, bei denen innerhalb des jeweiligen Jahres auch mindestens eine Leistung (kassenärztlich) abgerechnet wurde. Stammdaten sowie Versicherungshistorien sind bei der KBV zu den GKV-Versicherten bislang nicht verfügbar (vgl. Mangiapane et al. 2011).³

Hintergrundinformationen

Mindestens einmalig Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung hatten in den Jahren von 2010 bis 2021 nach den Ergebnissen zum BARMER Arztreport schätzungsweise 92,3 bis 94,1 Prozent der Gesamtbevölkerung, wobei die Anteile in der Gruppe mit den traditionell geringsten ambulanten Behandlungsraten, nämlich bei Männern im Alter von 25 bis 29 Jahren, in den genannten Jahren zwischen 81,3 und 86,5 Prozent schwankten, wohingegen Behandlungsraten bei Kindern im Alter von bis zu vier Jahren sowie in hohen Altersgruppen zumeist oberhalb von 98 Prozent lagen.⁴ Werden basierend auf KBV-Daten Diagnoseprävalenzen unter Zugrundelegung ausschließlich der innerhalb des Jahres mindestens einmalig ambulant behandelten Personen als Nenner-Population berechnet, wäre demnach insbesondere bei jüngeren Männern im Vergleich zu Prävalenzschätzern basierend auf idealtypischen Nennerdaten mit erhöhten Diagnoseprävalenzschätzern zu rechnen.

Auch umgekehrte Effekte können sich bei der Auswertung von KBV-Daten auswirken. Diese resultierten – zumindest in der Vergangenheit – aus der Bildung von Patientenentitäten in den KBV-Daten. Um einen Patienten sicher eindeutig zu kennzeichnen, wird ein Versichertenpseudonym verwendet, welches aus der Versichertennummer, der Krankenversicherungskarten-IK und dem Geburtsdatum des Patienten gebildet wird (vgl. Mangiapane et al. 2011). Hierdurch können einzelne Patienten, insbesondere im Falle von

³ <https://www.versorgungsatlas.de/der-versorgungsatlas/methodische-grundlagen>
[https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/10/ID10_Dok1_Bericht%20\(Langversion\)_neu.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/10/ID10_Dok1_Bericht%20(Langversion)_neu.pdf)

⁴ <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/arztreport/arztreport-inanspruchnahme-ambulante-aerztliche-versorgung>

Kassenwechseln, auch unterschiedliche Versichertenpseudonyme erhalten, womit in den Daten auch innerhalb eines Kalenderjahres einzelne Personen mit unterschiedlichen Pseudonymen geführt werden. So konnten in den KBV-Daten zu den beiden Jahren 2007 und 2008 fünf bzw. acht Prozent mehr Patienten differenziert werden, als es in diesen Jahren GKV-Versicherte gemäß der KM6-Statistik gab (obwohl auch in diesen Jahren zweifellos nicht jeder GKV-Versicherte Leistungen der kassenärztlichen Versorgung nutzte). Grundsätzlich besteht nach Auskünften seitens des Zi diese Problematik auch bei aktuellen Auswertungen der KBV-Daten fort, wobei sich die Abweichungen zur KM6-Statistik jedoch merklich reduziert haben (Stand August 2023).

Vorgehen

Um die Auswertungssituation mit ausschließlichem Rückgriff auf kassenärztlich Abrechnungsdaten nachzubilden, wurde für die hier dargestellten Auswertungen in einer jahresbezogen berücksichtigten Gesamtpopulation jeweils **ausschließlich diejenige Subgruppe von Versicherten aus der zuvor beschriebenen idealtypischen Versichertenpopulation berücksichtigt, bei der innerhalb des Jahres mindestens ein ambulant-ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlungsfall im Rahmen der regulären kassenärztlichen Abrechnung dokumentiert war** (hier stets ohne eine Berücksichtigung von selektivvertraglich abgerechneten Fällen). Für die Gewichtung der hier betrachteten Population wurden in den nachfolgenden dargestellten Auswertungsvarianten die Stratum-spezifischen Gewichtungsfaktoren **wVp** und **wDp** wie unter 2.1 beschrieben berücksichtigt, die den Versicherten bereits vor der Begrenzung auf ambulant Behandelte zugeordnet waren. Die Summe der wVp-Gewichte sollte in der jeweils betrachteten Population bei diesem Vorgehen einen Schätzer für die absolute Zahl der real ambulant (kassenärztlich) behandelten GKV-Versicherten liefern.

Mögliche Verzerrungen der Ergebnisse basierend auf KBV-Daten durch eine Mehrfachberücksichtigung einzelner Versicherter (vgl. Erläuterungen im Abschnitt Hintergrundinformationen), die aufgrund einer artifiziellen Vergrößerung des Nenners zu erniedrigten Prävalenzschätzern führen können, werden mit dem hier gewählten Vorgehen nicht simuliert. Hier wären genauere Abschätzungen möglich, sofern die aktuell nach KV-Daten für einzelne Jahre ermittelten Versichertenzahlen (in Strata) mit erwarteten Versichertenzahlen verglichen würden, die aus kassenübergreifenden GKV-Versichertenzahlen des jeweils betrachteten Jahres und deren anteiliger Nutzung der kassenärztlichen Versorgung berechnet werden könnten (Schätzwerte zur anteiligen Nutzung der kassenärztlichen Versorgung basierend auf BARMER-Daten werden in der nachfolgenden Tabelle 3.1 bereitgestellt).

2.3 Berücksichtigung von Daten zu Diagnosen aus unterschiedlichen Sektoren der Versorgung

Insgesamt wurden bei den Auswertungen Diagnosen berücksichtigt, die sich drei grundlegend unterschiedlichen Leistungsbereichen zuordnen lassen.

- (1) Diagnosen zur ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung (§ 295 SGB V)
- (2) Diagnosen zu ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern (§§ 115 bis 119, 120 sowie 140 SGB V, ohne Abrechnung durch KVen)
- (3) Diagnosen zu stationären Behandlungen in Krankenhäusern (§ 301 SGB V, vollstationär sowie vor- und teilstationär)

Die darüber hinaus in Daten bei Krankenkassen verfügbaren Informationen zu Diagnosen von Arbeitsunfähigkeiten (AU) wurden bei den Auswertungen nicht berücksichtigt, da sie definitionsgemäß nur für eine Teilpopulation der Versicherten (i.d.R. ausschließlich für Erwerbspersonen im Sinne von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie Arbeitslosengeld-I-Empfängern) erfasst werden und ihre Berücksichtigung insofern zu artifiziell bedingten Differenzen der ermittelten Diagnoseprävalenzen zwischen Subgruppen von Versicherten führen könnte.

Ambulante Diagnosen gem. (1) sind in den Daten jeweils einzelnen Abrechnungsfällen zugeordnet, die stets alle Leistungen einer Arztpraxis innerhalb eines bestimmten Kalenderquartals zusammenfassen. Eine Dokumentation von Diagnosen in zwei Abrechnungsfällen kann bei derselben Person insofern nur dann erfolgen, wenn die Person die Diagnose in unterschiedlichen Praxen oder in unterschiedlichen Kalenderquartalen erhält. Alle ambulanten Diagnosen gem. (1) müssen obligat durch eines der Kennzeichen G, Z, V oder A gekennzeichnet sein, die für gesichert, symptomloser Zustand, Verdacht und Ausschluss stehen. Bei den nachfolgenden Auswertungen wurden nahezu bei allen Prävalenzschätzungen ausschließlich als gesichert gekennzeichnete Diagnosen berücksichtigt. Zudem wurde bei Herleitungen von Prävalenzen nach Diagnosen gem. (1) zum Teil vorausgesetzt, dass diese in mindestens 2 Quartalen dokumentiert waren, was auch als M2Q-Kriterium bezeichnet wird.

Ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern gem. (2) können Behandlungsintervallen oder typischerweise einzelnen Tagen auch unabhängig von Kalenderquartalen zugeordnet sein. Für die Auswertungen erfolgte eine zeitliche Zuordnung stets anhand des ersten dokumentierten Behandlungstages. Auch Diagnosen gem. (2) sollten hinsichtlich ihrer Qualifikation als G, Z, V oder A gekennzeichnet sein. Eine Ausnahme bilden in Daten der BARMER Leistungen gem. § 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus. Hier fehlen in rund 99 % der Fälle entsprechende Kennzeichnungen – zugleich entfallen 99 % aller Diagnoseangaben ohne entsprechende Kennzeichnung in den Daten gem. (2) auf genau die Leistungen gem. § 115b. I.d.R. sollten auch zu ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern nachfolgend ausschließlich als gesichert gekennzeichnete Diagnosen berücksichtigt werden. Um ggf. auch Diagnosen zu ambulanten Operationen zu berücksichtigen, wurden abweichend von diesen Vorgaben in Daten gem. (2) darüber hinaus stets auch Diagnosen mit fehlender Kennzeichnung berücksichtigt.

Diagnosen zu stationären Behandlungen in Krankenhäusern gem. (3) beziehen sich stets auf Behandlungsfälle in Krankenhäusern mit Angabe eines Aufnahme- und Entlassungsdatums. Da die jahresbezogene Bereitstellung dieser Daten am Entlassungsdatum orientiert ist, wurde zur zeitlichen Zuordnung der Diagnose das Entlassungsdatum herangezogen. Vollstationäre Behandlungen bilden Krankenhausbehandlungen im "klassischen Sinne" – nur bei diesen Behandlungen ist stets auch genau eine Hauptdiagnose im Sinne eines Hauptbehandlungsanlasses zu benennen. Bei allen Behandlungsformen können darüber hinaus weitere Diagnosen – zumeist mit einer Kennzeichnung als Nebendiagnose – dokumentiert werden. Im Rahmen der Auswertungen wurden weitgehend alle Diagnoseangaben zu Behandlungsfällen in Krankenhäusern berücksichtigt. Lediglich explizit als Einweisungs- oder Aufnahmediagnose gekennzeichnete Einträge blieben unberücksichtigt. Einweisungsdiagnosen sind Diagnosen, die ggf. bereits von den in ein Krankenhaus einweisenden Ärzten dokumentiert wurden (und insofern eher ambulanten Diagnosen gleichzusetzen wären), Aufnahmediagnosen sind Diagnosen, die ggf. im Krankenhaus bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme (und damit eher im Sinne einer Arbeitshypothese vor Beginn weiterer Untersuchungen) gestellt wurden.

Alle vom RKI für die Schätzung einer bestimmten Diagnoseprävalenz spezifizierten ICD-10-Kodes wurden jeweils gleichartig und mit Berücksichtigung aller weiter differenzierbaren Sub-Kodes berücksichtigt, wobei die Informationen auf pseudonymisierter Versichertenebene jahresbezogen aggregiert wurden. Dabei wurden für Diagnosen aus unterschiedlichen Leistungsbereichen im Rahmen der Aufbereitung zunächst jeweils Variablen zur Anzahl der der Behandlungsfälle sowie zur Zahl der unterscheidbaren Quartale mit entsprechenden Diagnosen innerhalb des Jahres gebildet (z.B. zur Anzahl der differenzierbaren Quartale oder zur Anzahl der Behandlungsfälle in Krankenhäusern mit mindestens einer der definierten Diagnosen), die anschließend für die Überprüfung diagnosebezogen definierter Kriterien genutzt werden konnten.

Die in den zuvor beschriebenen Daten erfassten Diagnosen wurden bei der Ermittlung von Diagnoseprävalenzen ausschließlich dann berücksichtigt, wenn sie den Personen der jeweiligen Nennerpopulationen individuell über Versichertenpseudonyme zuzuordnen waren.

2.4 Berücksichtigung von Daten zu Arzneiverordnungen

Daten zu Arzneiverordnungen bei Krankenkassen umfassen i.d.R. Informationen zu allen ärztlich rezeptierten Arzneimitteln, die von Apotheken an Versicherte abgegeben und anschließend zu Lasten ihrer Krankenkasse abgerechnet wurden. Bei dem weit überwiegenden Teil der abgegebenen Arzneimittel handelt es sich um Fertigarzneimittel, die in Deutschland über eine spezifische Pharmazentralnummer (PZN) eindeutig gekennzeichnet sind. Zu weitgehend allen verordnungsrelevanten Arzneimitteln existiert eine Zuordnung gemäß der auch international gebräuchlichen Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikation, mit der bei vollständiger 7-stelliger Klassifikation i.d.R. einzelne Wirksubstanzen von Arzneimitteln differenziert werden können. Mit der Klassifikation werden zu den einzelnen Verordnungen neben ATC-Kodes zudem auch Angaben zu Verordnungsmengen in sogenannten definierten Tagesdosen bereitgestellt (eng. Defined Daily Doses, DDD), welche angeben, über wie viele Tage die verordnete Arzneimittelmenge bei einer typischen Anwendung und Dosierung ausreichen würde. Entsprechende Daten wurden bei einem Teil der Auswertungen jahresbezogen ergänzend zur Eingrenzung oder Differenzierung von Diagnosen bei einzelnen Betroffenen berücksichtigt.

Auch alle vom RKI spezifizierten ATC-Kodes wurden i.d.R. jeweils mit Berücksichtigung aller weiter differenzierbaren Sub-Kodes berücksichtigt und Informationen auf Versichertenebene jahresbezogen aggregiert. Dabei wurden für spezifizierte Arzneimittelsubstanzen im Rahmen der Datenaufbereitung auf Versichertenebene zunächst jeweils Variablen zur Anzahl der Verordnungen sowie der definierten Tagesdosen innerhalb des Jahres gebildet, die ggf. anschließend für die Prüfung von arzneiverordnungsabhängigen Kriterien genutzt werden konnten.

2.5 Ermittlung von Diagnoseprävalenzen – Gegenüberstellungen

Den maßgeblichen Ergebnisinhalt des Projektes bilden Gegenüberstellungen von Abschätzungen zu Diagnoseprävalenzen, die zum einen gemäß **Variante B (bevölkerungsbezogen)** auf Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten mit über Versicherungshistorien definiertem Nenner und zum anderen gemäß **Variante K (kassenärztlich)** auf Auswertungen ausschließlich derjenigen Daten zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung beruhen, die auch bei der KBV bzw. dem Zi für Auswertungen verfügbar sein sollten.

Die Bildungen der Nennerpopulationen, verwendete Strata sowie Gewichtungen von Daten sind bereits in den Abschnitten 2.1 (zu B) sowie 2.2 (zu K) beschrieben. Die genaue Auswahl an Diagnosekodes sowie ggf. auch der Arzneiverordnungen zur Abgrenzung von einzelnen Erkrankungen sind im Zuge der Ergebnisdarstellung dokumentiert. Überwiegend werden Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nur dann berücksichtigt, wenn sie als gesichert gekennzeichnet sind. Zudem wird bei einem ausschließlichen Vorliegen von Diagnosen aus der ambulanten Versorgung oftmals eine Dokumentation innerhalb von mindestens zwei Quartalen im jeweiligen Beobachtungsjahr im Sinne des sogenannten M2Q-Kriteriums vorausgesetzt, gelegentlich zudem auch die Verordnung bestimmter Arzneimittel. Wurden Diagnosen im Rahmen von stationären Behandlungen dokumentiert, wird demgegenüber stets die einmalige Dokumentation einer Diagnose als ausreichend für die Zuordnung von Versicherten zur Betroffenenengruppe der jeweiligen Prävalenzschätzung erachtet. Während bei bevölkerungsbezogenen Auswertungen gemäß Variante B primär alle verfügbaren Diagnoseinformationen aus den unterschiedlichen Sektoren der Versorgung berücksichtigt werden, werden bei Prävalenzschätzungen gemäß Variante K lediglich die im Rahmen der kassenärztlichen Abrechnung dokumentierten Diagnosen berücksichtigt, wobei dann lediglich die Subgruppe derjenigen Versicherten mit Inanspruchnahme mindestens einer kassenärztlichen Leistung innerhalb des Kalenderjahres die Bezugspopulation bzw. den Nenner bildet.

In der Variante K werden damit stets weniger Diagnoseinformationen berücksichtigt (was den Prävalenzschätzer tendenziell reduziert). Zugleich wird jedoch auch eine kleinere Bezugspopulation als Nenner verwendet (was den Prävalenzschätzer erhöhen kann). Um ergänzend auch Anhaltspunkte zu liefern, zu welchem Anteil die sektorenübergreifend betrachteten Diagnosen (auch) im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung dokumentiert wurden, werden auch bevölkerungsbezogene Ergebnisse gemäß Variante B mit

einer Beschränkung der berücksichtigten Diagnosen auf kassenärztlich dokumentierte Diagnosen berichtet (in den Ergebnistabellen wird diese **Variante** mit „**BK**“ gekennzeichnet). Ergebnisse der Variante BK sollten annähernd mit denjenigen Ergebnissen übereinstimmen, die bei einem Bezug der basierend auf KBV-Daten ermittelten Zähler bzw. Betroffenzahlen auf die in GKV-Statistiken ausgewiesenen kassenübergreifenden GKV-Gesamtversichertenzahlen als Nenner resultieren.

Die Ergebnisse der Diagnoseprävalenzschätzungen werden deskriptiv für einzelne Beobachtungsjahre und für unterschiedliche Subgruppen nach Geschlecht, Alter und Wohnort dargestellt. Auf die Nennung von Konfidenzintervallen wurde aufgrund der vergleichsweise großen Untersuchungspopulationen verzichtet. In der Regel ist davon auszugehen, dass offensichtliche Unterschiede zwischen den Prävalenzschätzungen gemäß Variante B und K weit überwiegend auch statistisch signifikant sind.

Bei der Interpretation altersspezifischer Ergebnisse ist zu beachten, dass bei den Auswertungen (z.B. anders als beim Vorgehen bei Auswertungen zum Arztreport der BARMER) auch alle Versicherten mit „natürlich“ verkürzten Beobachtungszeiten (Neugeborene und Verstorbene des Kalenderjahres) betrachtet wurden. So ist bei den im Beobachtungsjahr Neugeborenen (Altersgruppe 0 Jahre) von annähernd gleichverteilten Beobachtungszeiten zwischen einem und 365 Tagen innerhalb des Beobachtungsjahres auszugehen. Insbesondere bei den erst zu Jahresende Geborenen ist bei diesem Vorgehen, auch aufgrund der zumeist stationär erfolgenden Entbindung, mit merklich reduzierten Chancen auf einen Kontakt zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung auszugehen.

Die Arten der nachfolgenden dargestellten Ergebnisse zu Diagnoseprävalenzen lassen sich gemäß den vorausgehenden Erläuterungen in Kurzform wie folgt charakterisieren:

- **Variante B:** Prävalenzschätzer mit Rückgriff auf sektorenübergreifend verfügbare Informationen zu Diagnosen zur Zählerbildung mit Bezug auf eine eindeutig definierte Nennerpopulation, deren Beobachtung innerhalb des jeweiligen Jahres idealtypisch lediglich durch natürliche Grenzen (Geburt, Tod) zeitlich limitierte ist.
- **Variante BK:** Prävalenzschätzer mit Rückgriff ausschließlich auf KBV-seitig verfügbare Informationen zu Diagnosen zur Zählerbildung mit Bezug auf eine eindeutig definierte Nennerpopulation (s.o.), wobei vergleichbare Ergebnisse auch bei einem Bezug der KBV-Betroffenzahlen auf Angaben zur Gesamtzahl der GKV-Versicherten aus regelmäßig veröffentlichten GKV-Statistiken resultieren sollten.
- **Variante K:** Prävalenzschätzer mit Rückgriff ausschließlich auf KBV-seitig verfügbare Informationen zu Diagnosen zur Zählerbildung mit Bezug ausschließlich auf diejenigen Personen als Nenner, die mindestens einmalig innerhalb des Jahres eine Leistung im Rahmen der ambulanten Versorgung mit KBV-seitig vorliegender Dokumentation in Anspruch genommen haben.

3 Ergebnisse

In den Jahren 2019, 2020, 2021 und 2022 konnten bei den bevölkerungsbezogenen Auswertungen gemäß Variante B jeweils zwischen n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte der BARMER berücksichtigt werden. Damit wurden in den einzelnen Jahren mindestens (und hier bezogen auf das Jahr 2022) Daten zu 10,3 Prozent der Bevölkerung Deutschlands (n = 83 798 808; Statistisches Bundesamt, 2023)⁵ und zu 11,8 Prozent aller inländisch wohnhaften GKV-Versicherten (n = 73 109 811; BMG, 2023)⁶ berücksichtigt. Die durchschnittlich dokumentierten Versicherungszeiten bezogen auf die betrachteten BARMER-Versicherten lagen in den Jahren 2019, 2021 und 2022 bei 361 Tagen, im Schaltjahr 2020 bei 362 Tagen. Der weit überwiegende Teil der hier selektierten Personen konnte demnach ganzjährig beobachtet werden.

In allen Jahren hatten – gemessen an KV-seitig abgerechneten Behandlungsfällen – mehr als 92 Prozent aller GKV-Versicherten aus den jeweils betrachteten Populationen Kontakt zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung (vgl. Tabelle 3.1, Ergebnisse standardisiert gemäß Struktur der GKV-Population nach Geschlecht, Alter und Wohnort in Bundesländern).

Tabelle 3.1: Anteil Versicherte mit KV-Abrechnung nach Geschlecht und Alter 2019 bis 2022

Alter	2019			2020			2021			2022		
	Männer	Frauen	Gesamt									
0- *	91,06%	91,15%	91,10%	91,67%	91,69%	91,68%	96,27%	96,10%	96,19%	96,36%	96,04%	96,21%
1-	99,15%	99,09%	99,12%	98,63%	98,47%	98,55%	98,40%	98,32%	98,36%	98,64%	98,56%	98,60%
5-	95,12%	94,60%	94,87%	94,26%	93,31%	93,79%	93,03%	91,99%	92,52%	95,06%	94,37%	94,73%
10-	90,21%	90,79%	90,49%	89,25%	89,50%	89,37%	89,35%	89,69%	89,52%	91,82%	91,62%	91,73%
15-	89,22%	94,45%	91,75%	88,04%	93,56%	90,71%	90,37%	94,59%	92,41%	91,85%	94,69%	93,23%
20-	85,81%	96,42%	90,90%	83,41%	95,68%	89,29%	87,25%	96,22%	91,55%	87,79%	95,32%	91,41%
25-	84,12%	96,50%	90,11%	81,99%	95,88%	88,70%	85,77%	96,55%	90,97%	86,69%	95,34%	90,86%
30-	84,21%	96,05%	90,01%	82,33%	95,48%	88,75%	85,91%	96,26%	90,96%	87,41%	95,58%	91,41%
35-	84,79%	95,35%	90,06%	83,26%	94,82%	89,01%	86,39%	95,78%	91,04%	87,67%	95,42%	91,51%
40-	85,50%	94,90%	90,28%	84,07%	94,54%	89,38%	87,38%	95,58%	91,53%	87,99%	95,26%	91,67%
45-	86,69%	94,90%	90,93%	85,73%	94,65%	90,32%	89,01%	95,76%	92,48%	88,93%	95,45%	92,28%
50-	88,39%	95,56%	92,11%	87,47%	95,15%	91,45%	90,50%	96,36%	93,53%	90,52%	96,05%	93,39%
55-	90,46%	95,46%	93,07%	89,79%	95,07%	92,53%	92,41%	96,40%	94,48%	92,18%	96,15%	94,25%
60-	92,75%	95,74%	94,33%	92,41%	95,55%	94,07%	94,31%	96,71%	95,58%	93,91%	96,33%	95,19%
65-	94,19%	95,97%	95,16%	93,83%	95,61%	94,80%	95,49%	96,84%	96,22%	94,64%	96,21%	95,49%
70-	95,85%	96,46%	96,19%	95,46%	96,14%	95,84%	96,46%	97,06%	96,80%	96,23%	96,89%	96,60%
75-	97,21%	97,42%	97,33%	96,91%	97,06%	97,00%	97,36%	97,61%	97,51%	97,46%	97,60%	97,54%
80-	97,86%	97,98%	97,93%	97,61%	97,73%	97,68%	97,88%	98,05%	97,99%	98,16%	98,23%	98,20%
85-	97,95%	98,20%	98,11%	97,85%	98,03%	97,97%	97,94%	98,23%	98,13%	98,34%	98,47%	98,42%
90-	97,94%	98,38%	98,27%	97,60%	98,17%	98,02%	97,63%	98,14%	98,00%	97,93%	98,38%	98,26%
Gesamt	89,96%	95,80%	93,00%	88,94%	95,31%	92,25%	91,16%	96,09%	93,72%	91,71%	95,96%	93,92%

* Geringere Behandlungsraten bei Neugeborenen (Alter 0 Jahre) in den beiden Jahren 2019 und 2020 könnten Folge einer unvollständigen Pseudonym-Zuordnung bei Daten zu Neugeborenen bedingt durch einen Rückgriff auf unzureichend aktualisierte Pseudonym-Tabellen sein und sollten vor diesem Hintergrund nicht inhaltlich interpretiert werden.

Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres; Werte unterhalb von 90 % rot formatiert – **korrigierte Ergebnissfassung vom 13.03.2024**

⁵ Statistisches Bundesamt (2023). Vormalis: Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 – Fachserie 1 Reihe 1.3 – 2020. Verfügbar unter: www.gbe-bund.de > Rahmenbedingungen > Bevölkerung > Bevölkerungsstand

⁶ BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023). Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Monatswerte sowie Jahresdurchschnitt (Versicherte gesamt, SchlNr. 12099). Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html>

Nachfolgend werden in den Unterkapiteln folgende Erkrankungen betrachtet (in Klammern hier mit Nennung der zur Identifikation herangezogenen ICD-10-Diagnoseschlüssel, die jeweils inklusive aller ggf. vorhandenen weiteren Differenzierungen berücksichtigt wurden). Vollständige Angaben zur Abgrenzung der Diagnosen sowie ggf. zusätzlich berücksichtigten Kriterien sind den nachfolgenden Unterkapiteln zu entnehmen.

1. Diabetes Gesamt (ICD-10: E10, E11, E12, E13, E14)
2. KHK (ICD-10: I20, I21, I22, I23, I24, I25)
3. Hypertonie (ICD-10: I10, I11, I12, I13, I15)
4. COPD (ICD-10: J41, J42, J43, J44)
5. Asthma (ICD-10: J45, J46)
6. Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03, F05.1, G23.1, G30, G31.0, G31.82)
7. [Akuter] unterer Rückenschmerz (ICD-10: M54.3, M54.4, M54.5)
8. Lungenkrebs (ICD-10: C33, C34)
9. Herzinsuffizienz (ICD-10: I50)
10. Psychische Störungen insgesamt (ICD-10: F)
11. Depression (ICD-10: F32, F33.0-F33.3, F33.8, F33.9, F34.1)
12. Angststörungen (ICD-10: F40, F41)
13. PTBS (ICD-10: F43.1)
14. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F2)
15. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen (ICD-10: F1)
16. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (ICD-10: F9)
17. Verletzungen des Kniegelenks (ICD-10: S83)

3.1 Diabetes

Die Auswahl der hier betrachteten Diagnoseschlüssel entspricht der ICD-10-Gruppe mit der Bezeichnung „Diabetes Mellitus“. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung werden bei Betroffenen entweder die Dokumentation der Diagnosen in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Beobachtungsjahres oder die einmalige Dokumentation und zugleich auch Verordnungen von spezifizierten Arzneimitteln – hier Antidiabetika – vorausgesetzt.

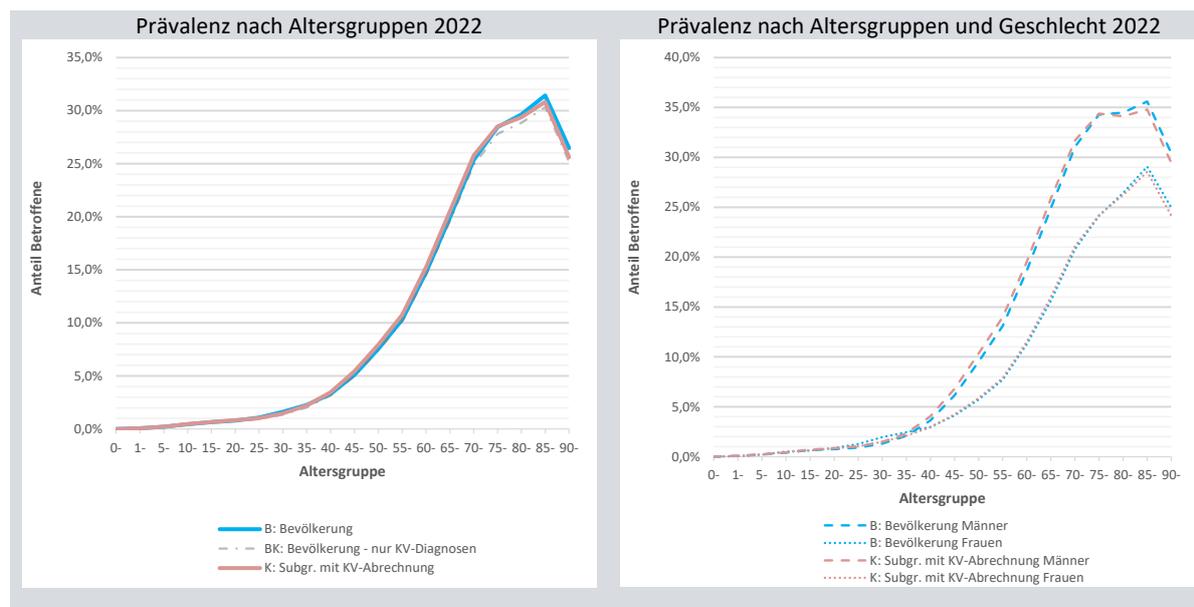
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
E10, E11, E12, E13, E14	A10A, A10B	B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen ODER (amb. Diagnose [G] UND spezifiziertes Arzneimittel)
Anmerkungen/Definition: ReFern_angepasst		K: KV-Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen ODER (KV-Diagnose [G] UND spezifiziertes Arzneimittel)

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz des Diabetes steigt mit zunehmendem Alter insbesondere im Alter ab 40 Jahre stark an, Männer sind in höherem Alter deutlich häufiger als Frauen betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 9,22 %, wobei 97,4 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

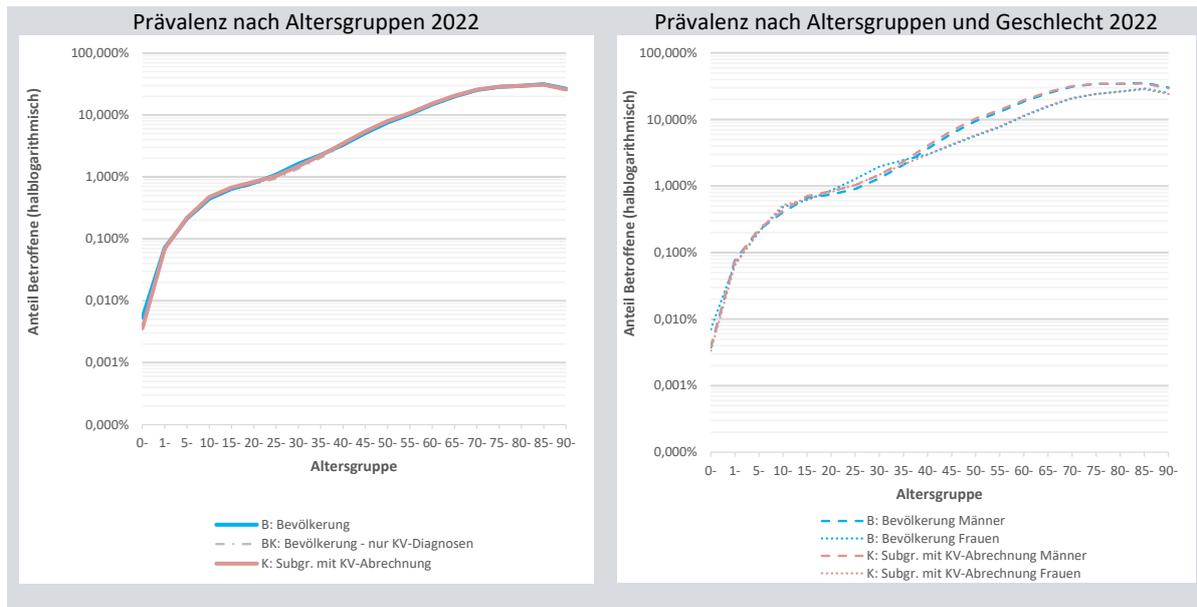
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 9,57 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 3,7 % überschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei geschlechtsübergreifend mit $r = .9996$ bzw. $r = .9993$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = -.656$ ermitteln, wobei es von 2019 bis 2022 nur zu geringfügigen Veränderungen der Prävalenz gekommen ist.

Abbildung 3.1.1: Diabetes – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



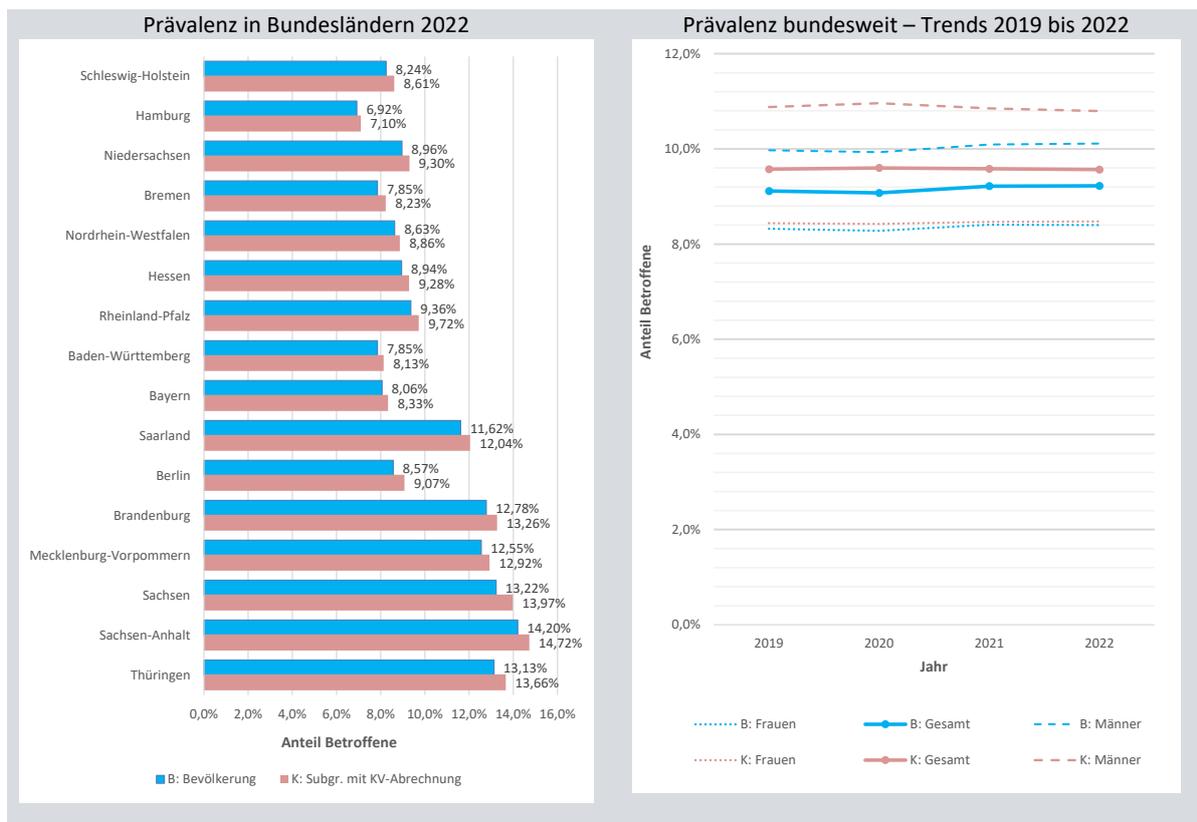
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.1.2: Diabetes – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.1.3: Diabetes – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.1.1: Diabetes – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	9,97%	8,32%	9,11%
	2020	B	9,93%	8,28%	9,07%
	2021	B	10,09%	8,41%	9,22%
	2022	B	10,11%	8,40%	9,22%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	9,79%	8,09%	8,90%
	2020	BK	9,75%	8,03%	8,86%
	2021	BK	9,89%	8,14%	8,98%
	2022	BK	9,90%	8,13%	8,98%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	10,88%	8,44%	9,57%
	2020	K	10,96%	8,42%	9,60%
	2021	K	10,85%	8,47%	9,58%
	2022	K	10,80%	8,47%	9,57%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,091	1,014	1,050
	2020	K vs. B	1,103	1,017	1,058
	2021	K vs. B	1,075	1,007	1,040
	2022	K vs. B	1,068	1,009	1,037
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	-.9103	.9786	-.6558
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,014	1,009	1,012
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,992	1,004	0,999
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9991	.9996	.9995
	2020	K, B	.9991	.9995	.9995
	2021	K, B	.9995	.9997	.9997
	2022	K, B	.9993	.9996	.9996
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9993	.9998	.9998
	2020	K, B	.9993	.9997	.9997
	2021	K, B	.9990	.9996	.9995
	2022	K, B	.9989	.9995	.9993

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.2 Koronare Herzerkrankung (KHK)

Die Auswahl der hier betrachteten Diagnoseschlüssel entspricht der ICD-10-Gruppe mit der Bezeichnung „Ischämische Herzkrankheiten“. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung werden bei Betroffenen neben einer Dokumentation der Diagnosen in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Beobachtungsjahres zugleich auch Verordnungen von spezifizierten Arzneimitteln vorausgesetzt.

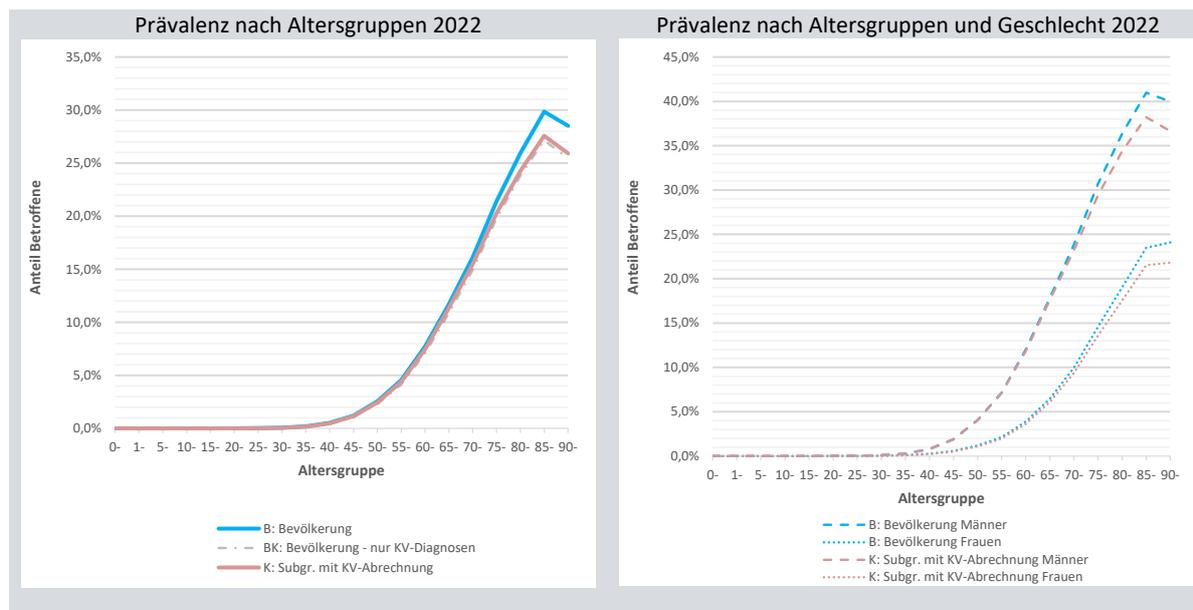
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
I20, I21, I22, I23, I24, I25	B01AC, C01DA, C01DX12, C01DX11, C07, C08, C09XA53, C09XA54, C09A, C09B, C09C, C09D, C10 (exkl. C10AP, C10BP, C10AX10)	B: Stat. Diagnose ODER (amb. Diagnosen [G oder Z] in min. 2 Quartalen UND min. 50 DDD der spezifizierten Arzneimittel)
Anmerkungen/Definition: ReFern_angepasst		K: KV-Diagnosen [G oder Z] in min. 2 Quartalen UND min. 50 DDD der spezifizierten Arzneimittel

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der KHK steigt mit zunehmendem Alter stark an, Männer sind deutlich häufiger als Frauen betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 5,69 %, wobei 91,6 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

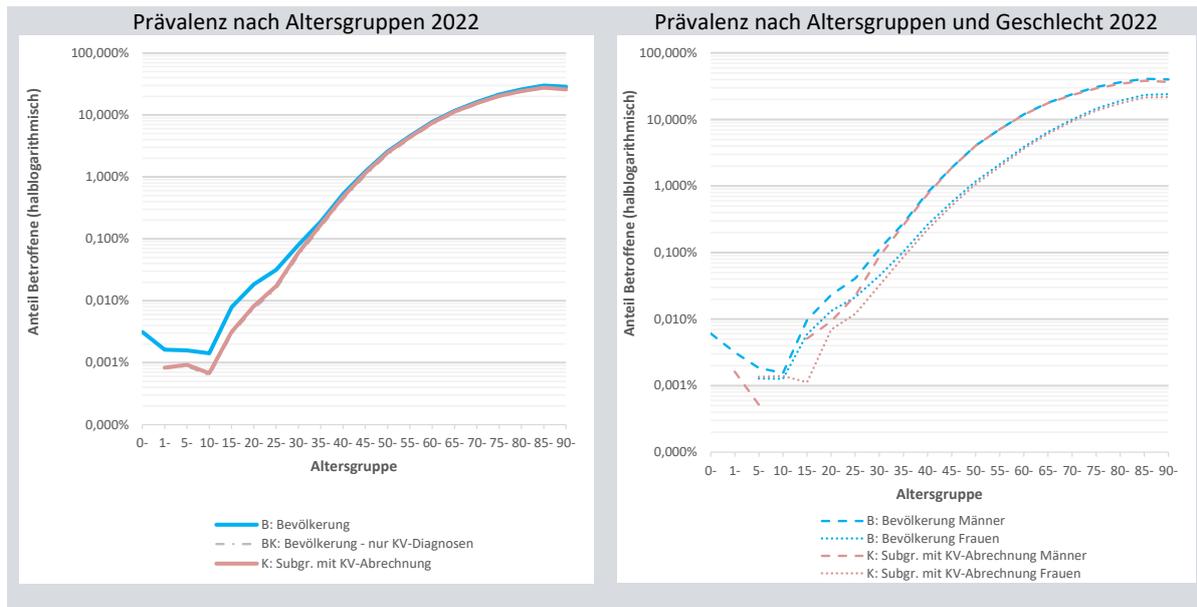
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 5,55 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population von 5,69 % wurde damit 2022 anteilig um 2,5 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9997$ bzw. $r = .9989$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .934$ ermitteln.

Abbildung 3.2.1: KHK – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



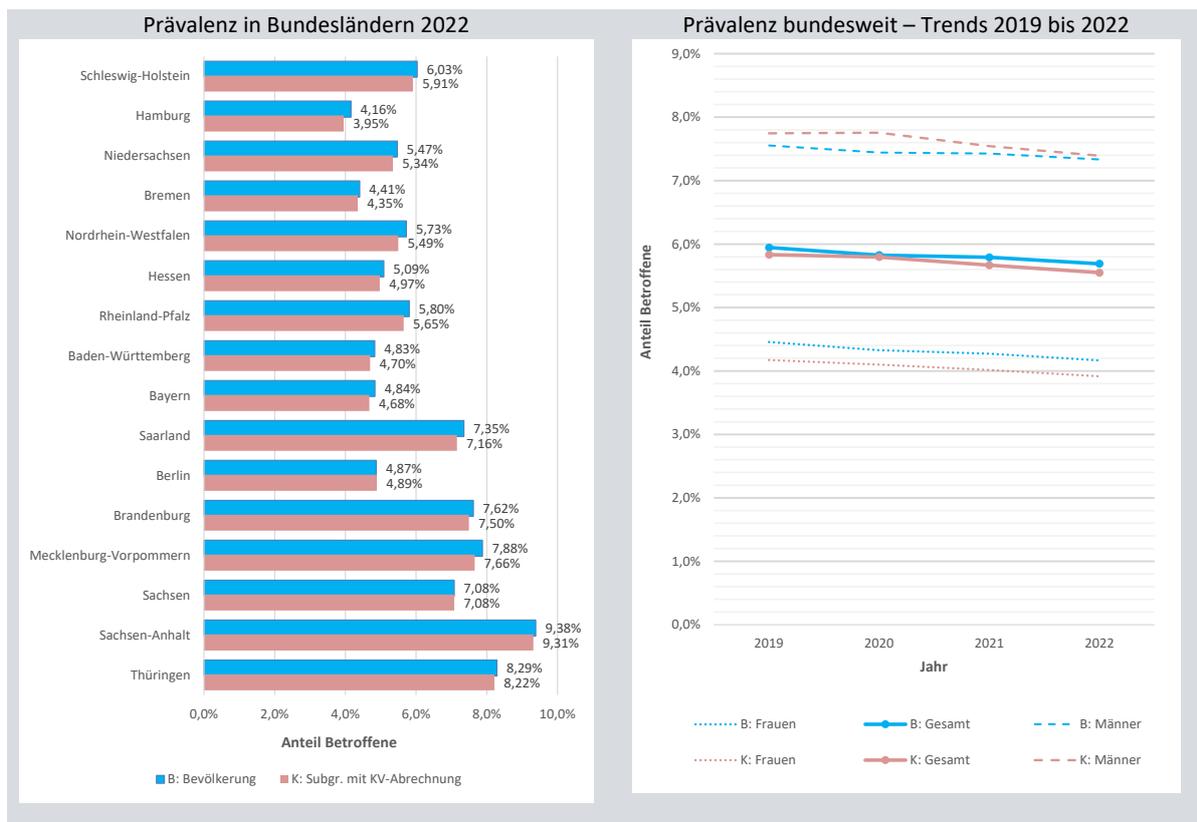
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.2.2: KHK – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.2.3: KHK – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.2.1: KHK – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	7,55%	4,46%	5,94%
	2020	B	7,44%	4,33%	5,83%
	2021	B	7,43%	4,27%	5,79%
	2022	B	7,33%	4,17%	5,69%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	6,97%	4,00%	5,42%
	2020	BK	6,90%	3,91%	5,35%
	2021	BK	6,88%	3,86%	5,31%
	2022	BK	6,78%	3,76%	5,21%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	7,75%	4,17%	5,83%
	2020	K	7,76%	4,10%	5,80%
	2021	K	7,54%	4,02%	5,67%
	2022	K	7,39%	3,92%	5,55%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,026	0,936	0,981
	2020	K vs. B	1,042	0,948	0,995
	2021	K vs. B	1,016	0,940	0,979
	2022	K vs. B	1,008	0,940	0,975
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.8460	.9828	.9341
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	0,971	0,935	0,957
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,954	0,938	0,951
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9995	.9999	.9997
	2020	K, B	.9995	.9999	.9997
	2021	K, B	.9997	.9999	.9998
	2022	K, B	.9996	.9999	.9997
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9987	.9993	.9992
	2020	K, B	.9988	.9994	.9993
	2021	K, B	.9986	.9993	.9992
	2022	K, B	.9986	.9990	.9989

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.3 Hypertonie

Die Auswahl der hier betrachteten Diagnoseschlüssel entspricht der ICD-10-Gruppe „Hypertonie [Hochdruckkrankheit]“. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung werden bei Betroffenen Diagnosen in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Beobachtungsjahres oder einmalige Diagnosen und zugleich auch Verordnungen von spezifizierten Arzneimitteln vorausgesetzt.

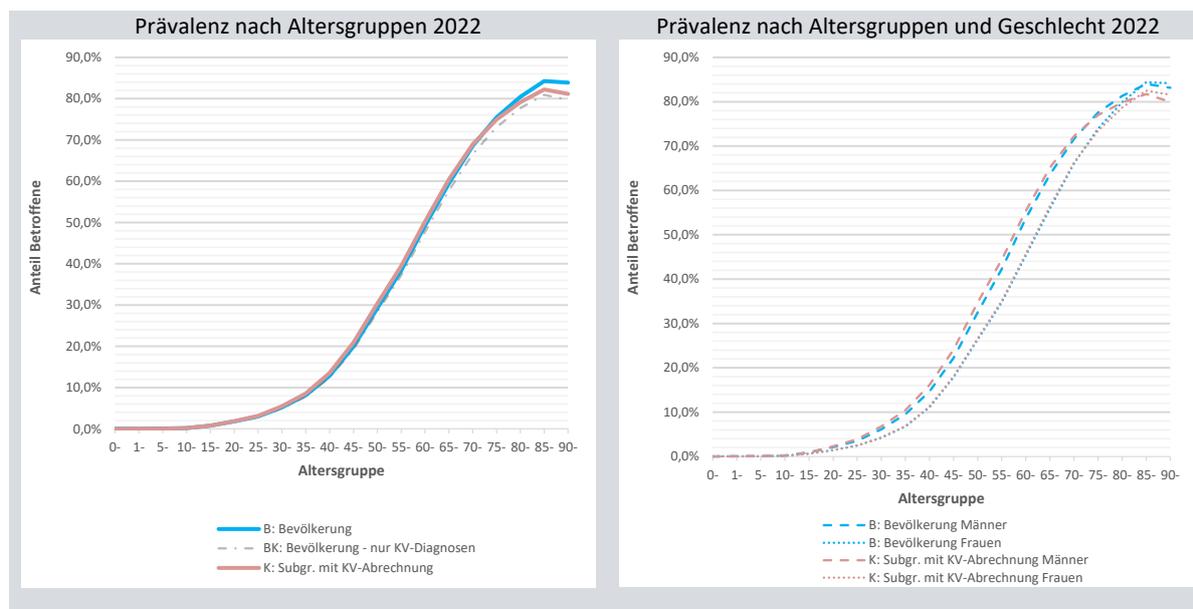
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
I10, I11, I12, I13, I15	C02, C03, C07, C08, C09	B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen ODER (amb. Diagnose [G] UND spezifiziertes Arzneimittel)
Anmerkungen/Definition: ReFern_angepasst		K: KV-Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen ODER (KV-Diagnose [G] UND spezifiziertes Arzneimittel)

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der Hypertonie steigt mit zunehmendem bis ins hohe Alter deutlich, Männer sind häufiger als Frauen betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 28,2 %, wobei 96,7 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

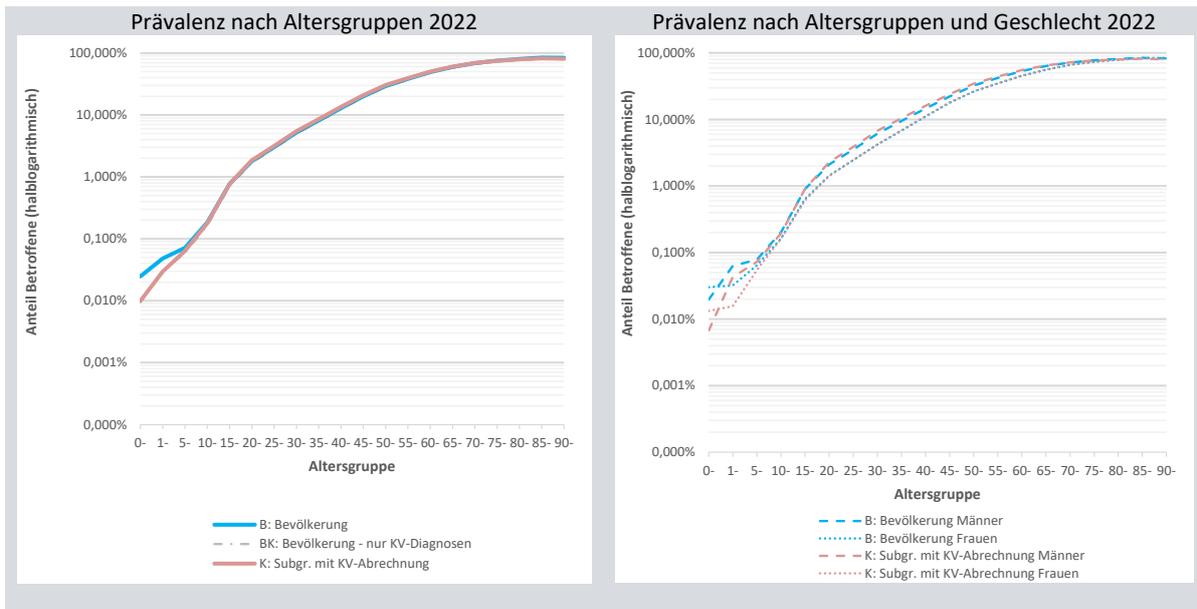
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 29,1 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 3,0 % überschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9996$ bzw. $r = .9989$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .054$ ermitteln, wobei Prävalenzen im Beobachtungszeitraum nur gering variierten.

Abbildung 3.3.1: Hypertonie – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



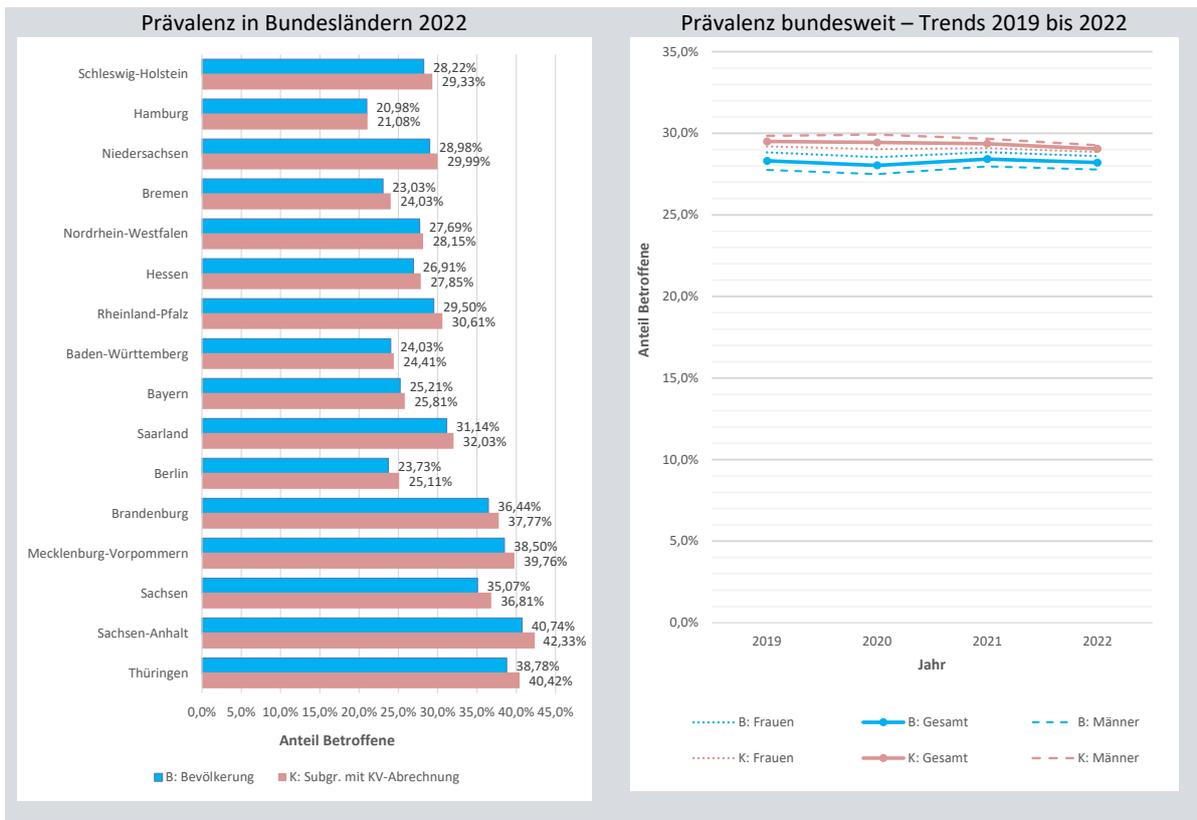
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.3.2: Hypertonie – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.3.3: Hypertonie – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.3.1: Hypertonie – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	27,75%	28,83%	28,31%
	2020	B	27,50%	28,53%	28,04%
	2021	B	27,97%	28,85%	28,43%
	2022	B	27,78%	28,60%	28,20%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	26,85%	27,97%	27,43%
	2020	BK	26,61%	27,67%	27,16%
	2021	BK	27,04%	27,96%	27,52%
	2022	BK	26,84%	27,69%	27,28%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	29,85%	29,20%	29,50%
	2020	K	29,92%	29,03%	29,44%
	2021	K	29,66%	29,09%	29,36%
	2022	K	29,26%	28,86%	29,05%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,075	1,013	1,042
	2020	K vs. B	1,088	1,017	1,050
	2021	K vs. B	1,061	1,009	1,033
	2022	K vs. B	1,053	1,009	1,030
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	-.4391	.7107	.0538
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,001	0,992	0,996
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,980	0,988	0,985
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9988	.9997	.9995
	2020	K, B	.9988	.9997	.9995
	2021	K, B	.9993	.9999	.9997
	2022	K, B	.9992	.9998	.9996
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9989	.9996	.9994
	2020	K, B	.9988	.9995	.9993
	2021	K, B	.9983	.9994	.9990
	2022	K, B	.9984	.9991	.9989

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.4 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Die hier betrachteten ICD-10-Schlüssel umfassen Diagnosen einer chronischen Bronchitis, eines Emphysems sowie eine „Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit“. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung werden Dokumentationen der Diagnosen in mindestens zwei Quartalen oder bei einmaliger Dokumentation zugleich Verordnungen von spezifizierten Arzneimitteln vorausgesetzt.

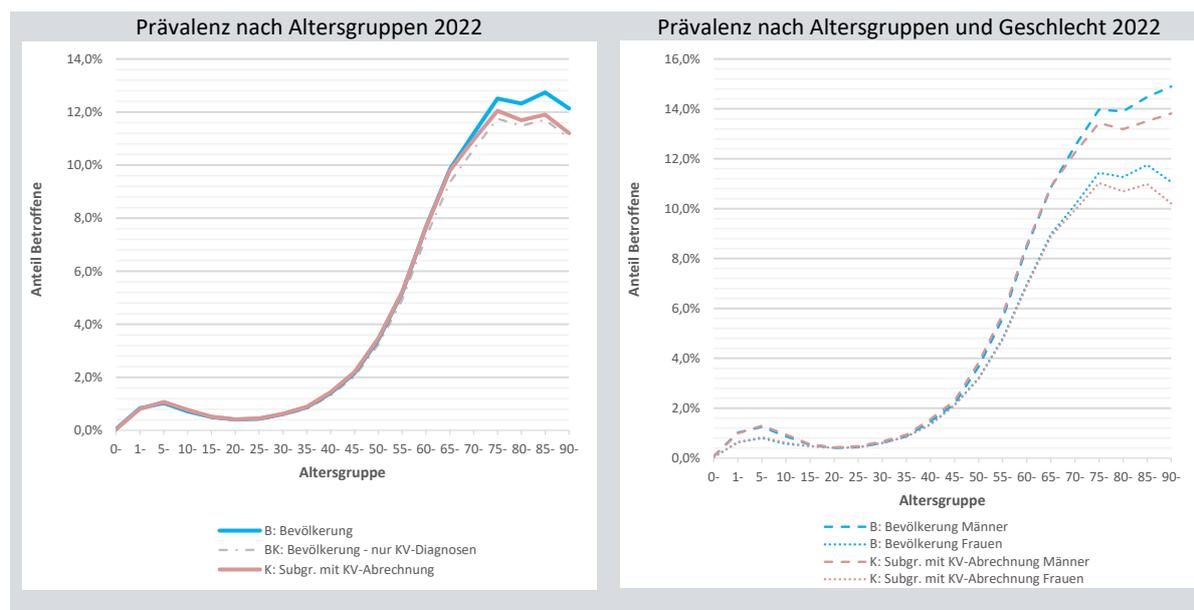
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
J41, J42, J43, J44	R03AL, R03BB, R03DX07 (exkl. R03AL01, R03AL02, R03BB01, R03BB02, R03BB03)	B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen ODER (amb. Diagnose [G] UND spezifiziertes Arzneimittel)
Anmerkungen/Definition: ReFern_angepasst		K: KV-Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen ODER (KV-Diagnose [G] UND spezifiziertes Arzneimittel)

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der COPD zeigt einen ersten Altersgipfel bei 5- bis 9-Jährigen auf niedrigem Niveau und steigt im mittleren Lebensalter mit zunehmendem Alter bis etwa zur Vollendung des 75. Lebensjahrs stark an, Männer sind häufiger als Frauen betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 4,30 %, wobei 94,2 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

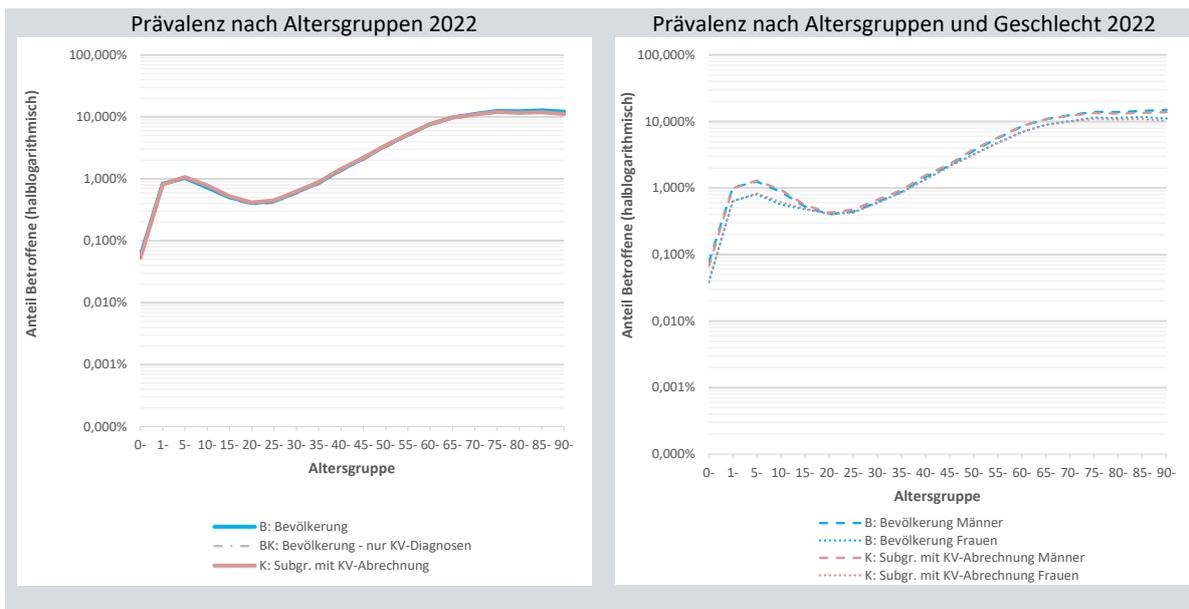
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 4,32 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 0,3 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9993$ bzw. $r = .9963$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .963$ ermitteln.

Abbildung 3.4.1: COPD – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



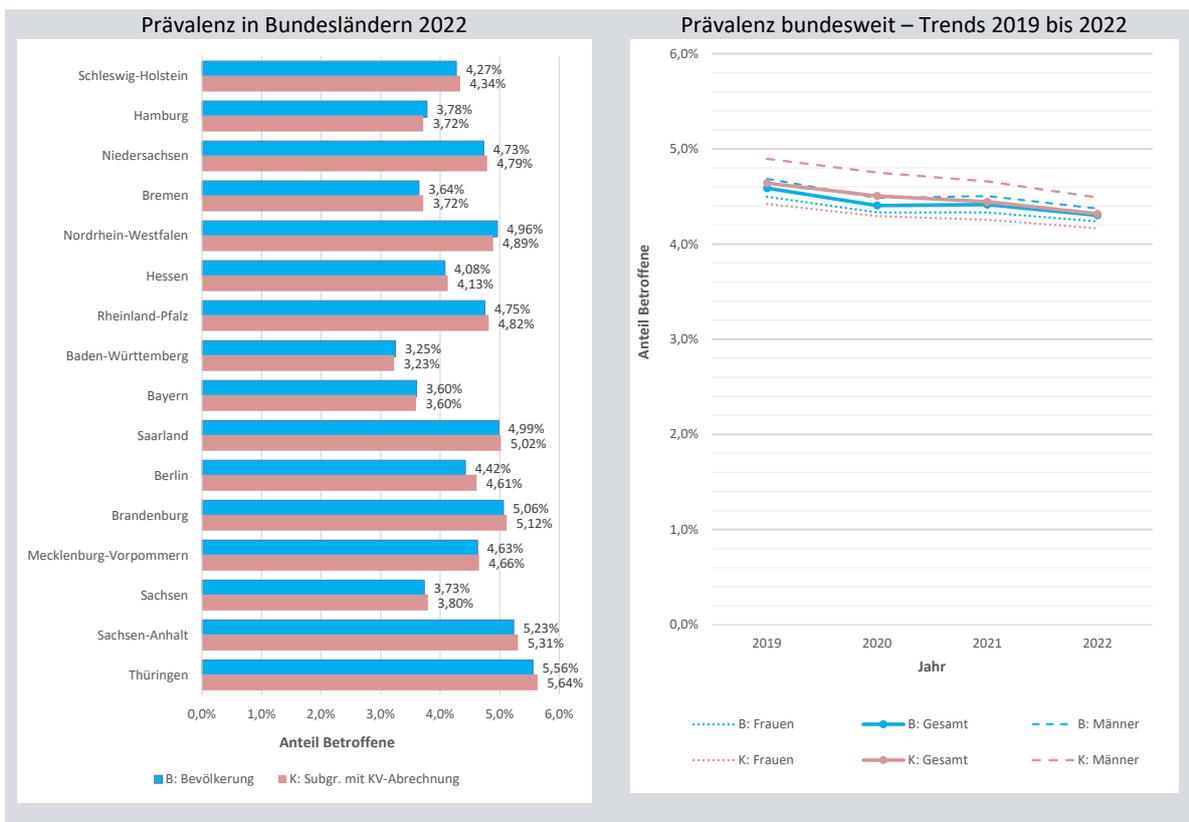
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.4.2: COPD – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.4.3: COPD – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.4.1: COPD – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	4,69%	4,50%	4,59%
	2020	B	4,48%	4,33%	4,41%
	2021	B	4,50%	4,33%	4,41%
	2022	B	4,37%	4,24%	4,30%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	4,40%	4,24%	4,32%
	2020	BK	4,23%	4,09%	4,16%
	2021	BK	4,25%	4,09%	4,17%
	2022	BK	4,12%	4,00%	4,05%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	4,90%	4,42%	4,64%
	2020	K	4,75%	4,29%	4,51%
	2021	K	4,66%	4,26%	4,44%
	2022	K	4,49%	4,16%	4,32%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,045	0,983	1,012
	2020	K vs. B	1,060	0,991	1,023
	2021	K vs. B	1,034	0,983	1,007
	2022	K vs. B	1,026	0,983	1,003
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.9389	.9846	.9633
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	0,934	0,942	0,938
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,917	0,942	0,930
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9988	.9992	.9990
	2020	K, B	.9989	.9993	.9991
	2021	K, B	.9993	.9995	.9994
	2022	K, B	.9992	.9994	.9993
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9966	.9979	.9975
	2020	K, B	.9959	.9968	.9966
	2021	K, B	.9962	.9964	.9964
	2022	K, B	.9963	.9960	.9963

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.5 Asthma

Die hier betrachteten ICD-10-Schlüssel umfassen die Diagnosen „Asthma bronchiale“ sowie „Status asthmaticus“. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung werden bei Betroffenen neben einer Dokumentation der Diagnosen in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Beobachtungsjahres zugleich auch Verordnungen von spezifizierten Arzneimitteln vorausgesetzt.

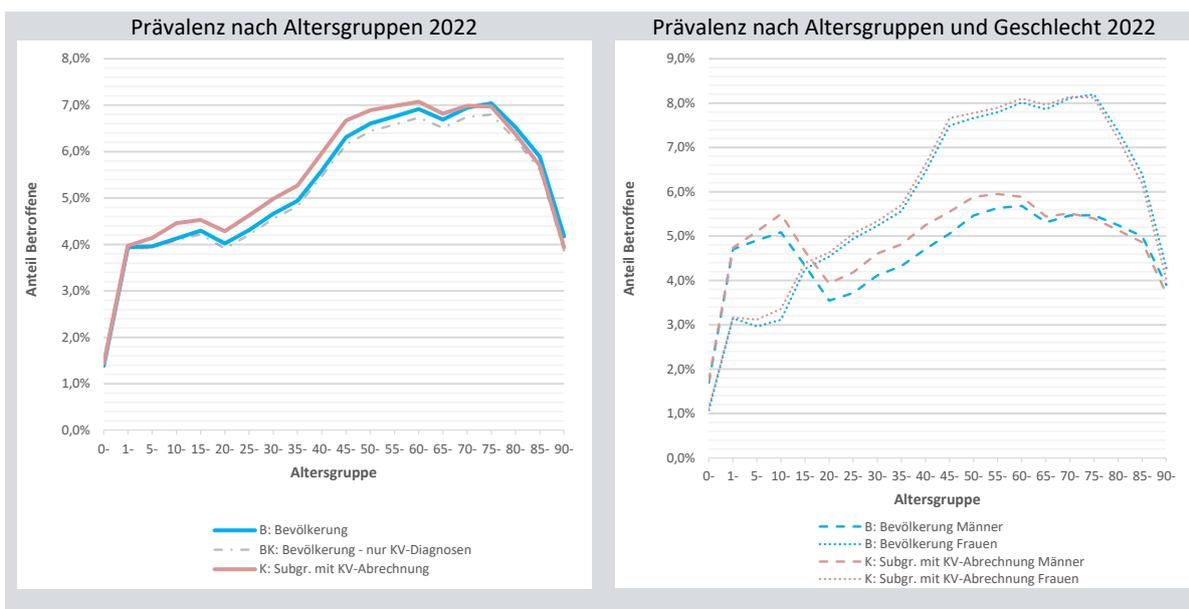
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
J45, J46	R03A, R03BA, R03DC, H02AB, D11AH05, R03DX05, R03DX08, R03DX09, R03DX10, R03DA, R03BC, R03C	B: Stat. Diagnose ODER (amb. Diagnosen [G oder Z] UND spezifiziertes Arzneimittel)
Anmerkungen/Definition: Gesundheitsatlas_angepasst		K: KV-Diagnosen [G oder Z] UND spezifiziertes Arzneimittel

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz des Asthmas bewegt sich bei männlichen Kindern bereits im Alter von 1 bis 14 Jahren auf einem relativ hohen Niveau, jugendlich sind dann wieder seltener betroffen. Bei Frauen werden hohe Prävalenzen insbesondere im Alter von 45 bis 79 Jahren erfasst, wobei Frauen insgesamt merklich häufiger als Männer betroffen sind. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 5,55 %, wobei 97,4 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

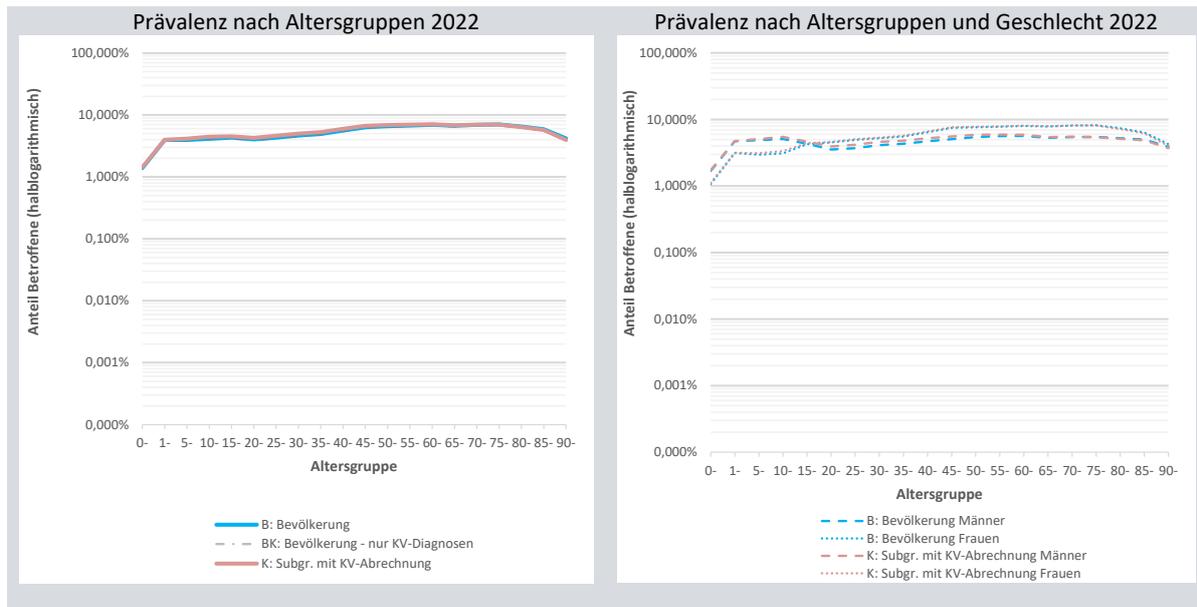
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 5,76 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 3,8 % überschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9917$ bzw. $r = .9957$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .931$ ermitteln.

Abbildung 3.5.1: Asthma – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



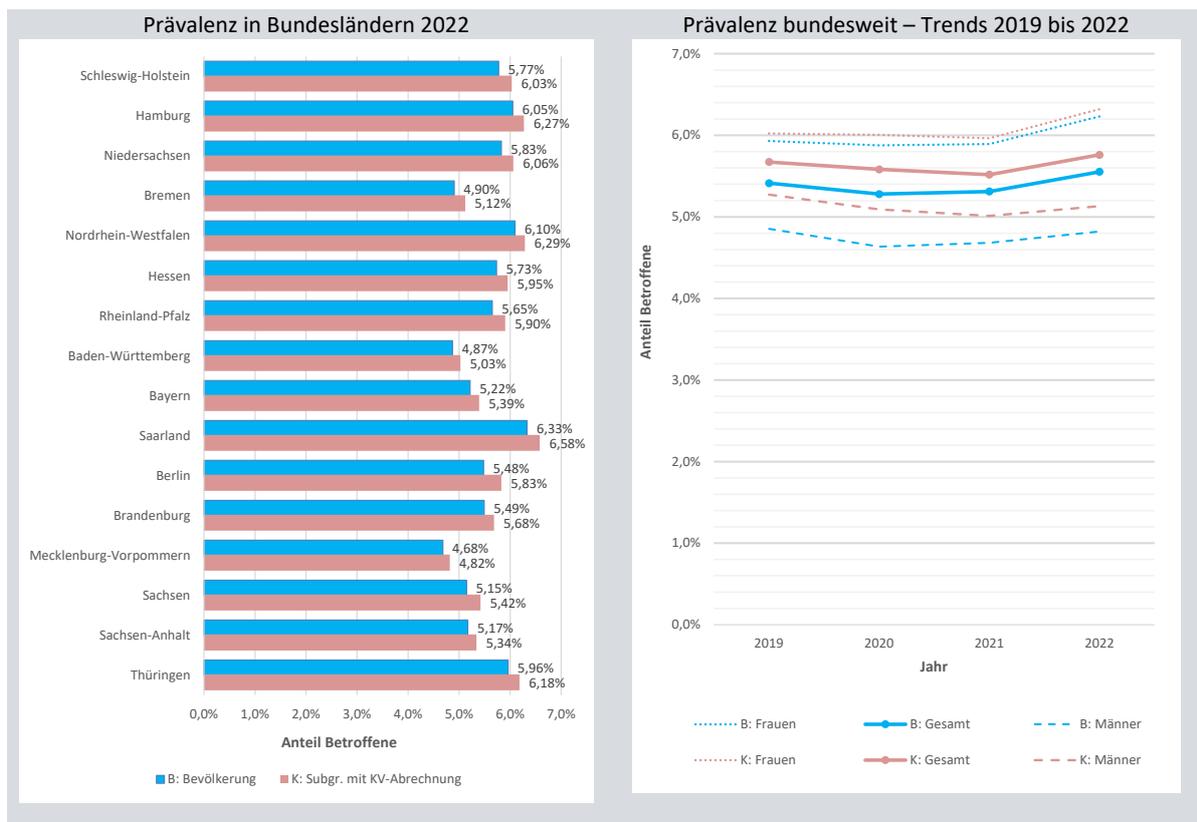
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.5.2: Asthma – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.5.3: Asthma – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.5.1: Asthma – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	4,85%	5,93%	5,41%
	2020	B	4,64%	5,88%	5,28%
	2021	B	4,68%	5,89%	5,31%
	2022	B	4,82%	6,23%	5,55%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	4,74%	5,77%	5,28%
	2020	BK	4,53%	5,72%	5,15%
	2021	BK	4,57%	5,73%	5,17%
	2022	BK	4,71%	6,07%	5,41%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	5,27%	6,02%	5,67%
	2020	K	5,09%	6,01%	5,58%
	2021	K	5,01%	5,96%	5,52%
	2022	K	5,13%	6,32%	5,76%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,086	1,015	1,048
	2020	K vs. B	1,099	1,022	1,057
	2021	K vs. B	1,070	1,012	1,039
	2022	K vs. B	1,064	1,014	1,038
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.7847	.9892	.9313
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	0,993	1,051	1,026
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,973	1,050	1,016
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9624	.9972	.9875
	2020	K, B	.9628	.9977	.9895
	2021	K, B	.9608	.9982	.9917
	2022	K, B	.9690	.9980	.9917
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9963	.9985	.9980
	2020	K, B	.9945	.9985	.9971
	2021	K, B	.9908	.9973	.9945
	2022	K, B	.9931	.9974	.9957

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.6 Demenz

Die Auswahl der hier betrachteten ICD-10-Schlüssel umfassen Diagnosen einer Demenz, eines Delirs bei Demenz, einer progressiven supranukleären Ophthalmoplegi, einer Alzheimer-Krankheit, einer umschriebenen Hirnatrophie sowie der Lewy-Körper-Demenz. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung werden bei Betroffenen Dokumentationen der Diagnosen in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
F00, F01, F02, F03, F05.1, G23.1, G30, G31.0, G31.82		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen
Anmerkungen/Definition: ReFern		K: KV-Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen

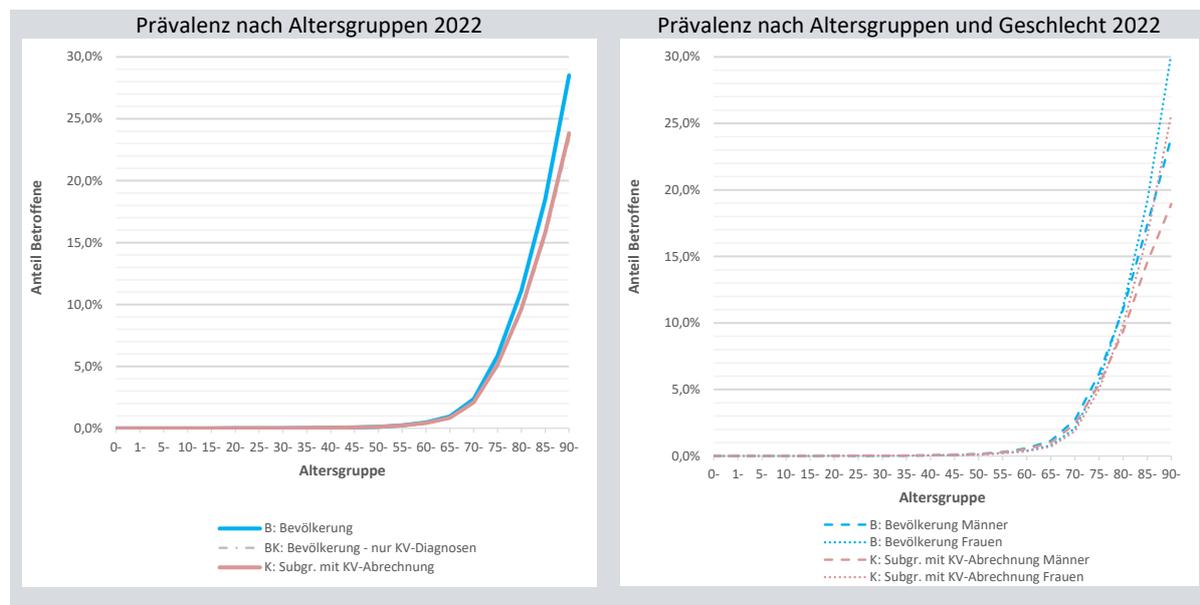
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;

K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der Demenz bewegt sich bis zum Ende des typischen Erwerbsalters auf sehr niedrigem Niveau und steigt mit zunehmendem Alter dann steil, Frauen sind häufiger als Männer betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 1,72 %, wobei lediglich 84,5 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

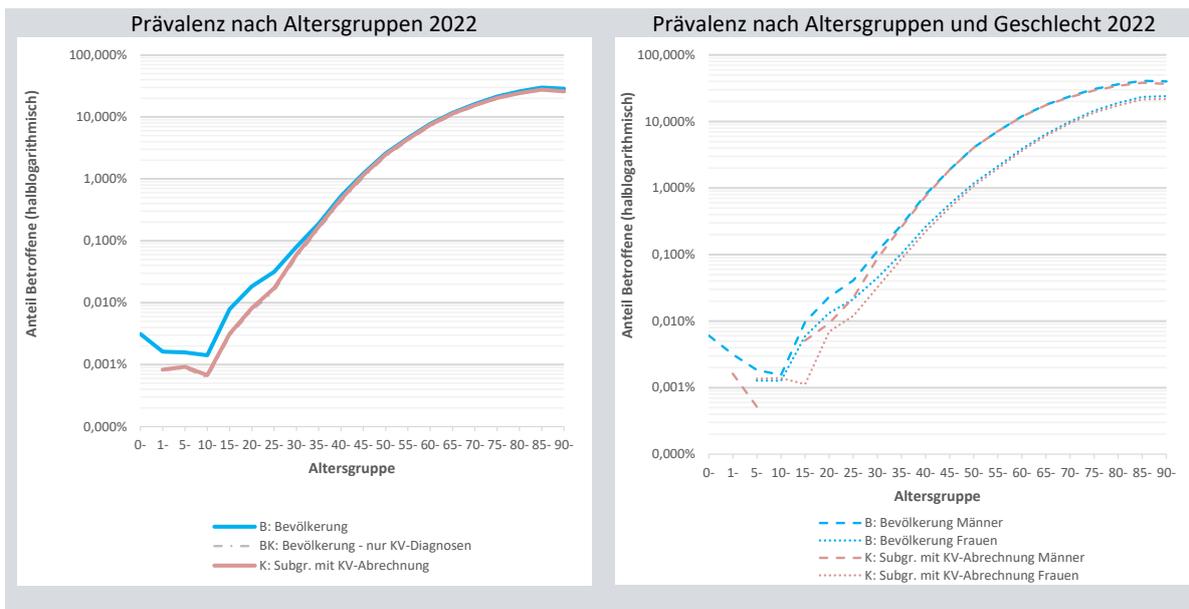
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 1,55 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer wurde damit 2022 anteilig um 10,0 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9999$ bzw. $r = .9916$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten und leicht rückläufigen Schätzern ein Korrelationskoeffizient von $r = .972$ ermitteln.

Abbildung 3.6.1: Demenz – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



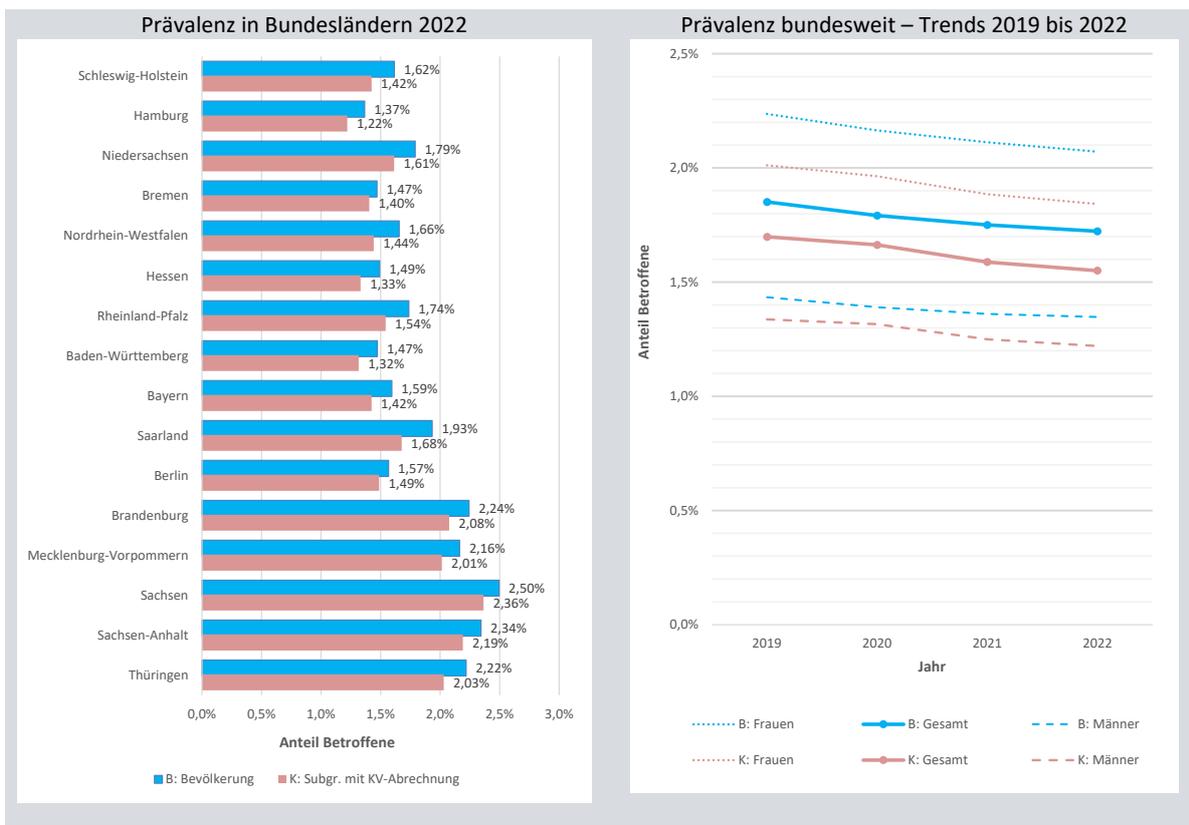
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.6.2: Demenz – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.6.3: Demenz – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.6.1: Demenz – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	1,43%	2,24%	1,85%
	2020	B	1,39%	2,16%	1,79%
	2021	B	1,36%	2,11%	1,75%
	2022	B	1,35%	2,07%	1,72%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	1,20%	1,93%	1,58%
	2020	BK	1,17%	1,87%	1,53%
	2021	BK	1,14%	1,81%	1,49%
	2022	BK	1,12%	1,77%	1,46%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	1,34%	2,01%	1,70%
	2020	K	1,32%	1,96%	1,66%
	2021	K	1,25%	1,89%	1,59%
	2022	K	1,22%	1,84%	1,55%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	0,933	0,899	0,917
	2020	K vs. B	0,947	0,907	0,928
	2021	K vs. B	0,919	0,893	0,907
	2022	K vs. B	0,906	0,889	0,900
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.9457	.9860	.9721
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	0,940	0,926	0,931
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,913	0,916	0,913
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9995	.9999	.9999
	2020	K, B	.9996	.9999	.9999
	2021	K, B	.9994	1.0000	.9999
	2022	K, B	.9993	.9999	.9999
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9944	.9960	.9956
	2020	K, B	.9936	.9960	.9951
	2021	K, B	.9889	.9949	.9930
	2022	K, B	.9912	.9922	.9916

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.7 [Akuter] unterer Rückenschmerz

Die Auswahl der hier betrachteten 4-stelligen ICD-10-Schlüssel umfassen die drei Diagnosen „Ischialgie“, „Lumboischialgie“ sowie „Kreuzschmerz“. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung werden bei Betroffenen Dokumentationen der Diagnosen in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
M54.3, M54.4, M54.5		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen
Anmerkungen/Definition: ReFern		K: KV-Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen

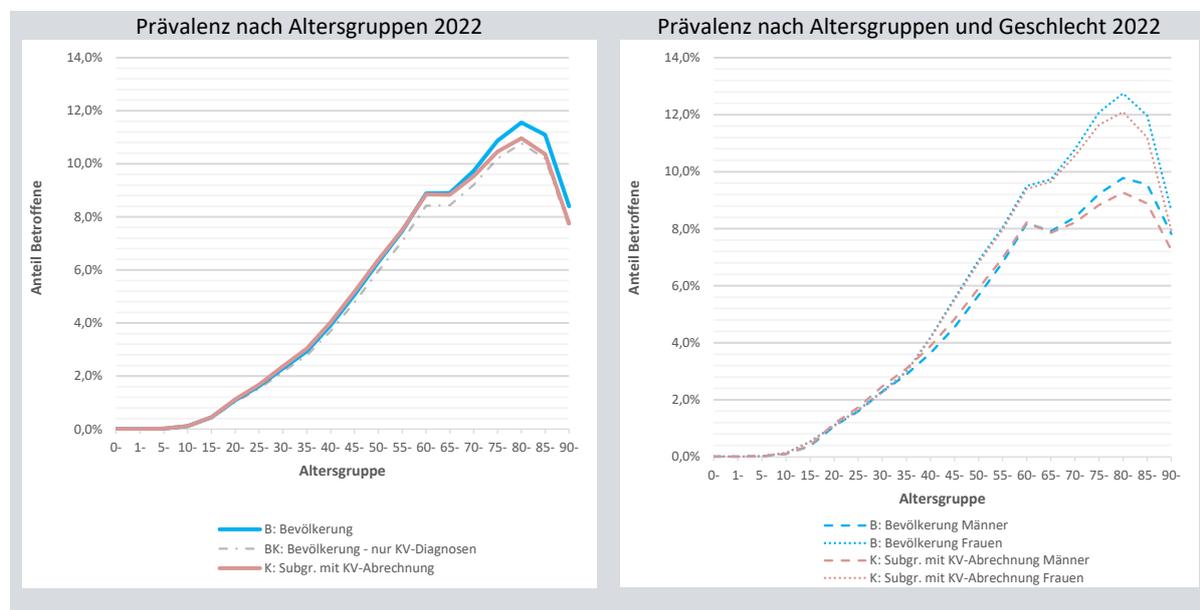
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;

K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz des unteren Rückenschmerzens steigt ab einem Alter von etwa 15 Jahren mit zunehmendem Alter, Frauen sind deutlich häufiger als Männer betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 5,06 %, wobei 94,2 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

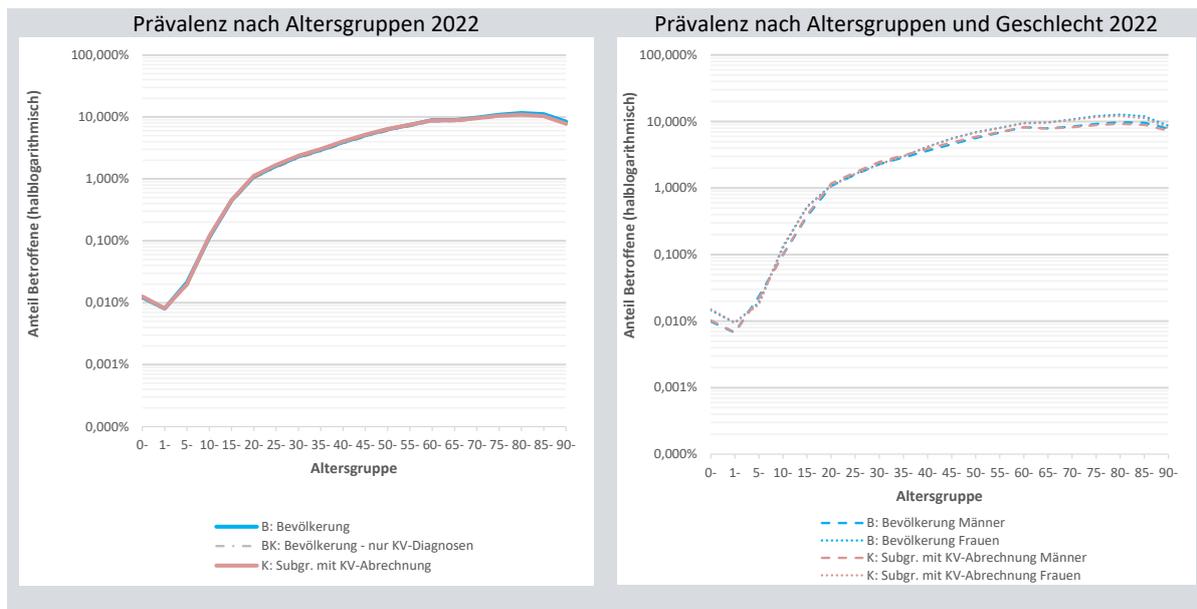
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 5,08 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer wurde damit 2022 anteilig um 0,3 % überschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9989$ bzw. $r = .9975$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .952$ ermitteln.

Abbildung 3.7.1: Akuter Rückenschmerz – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



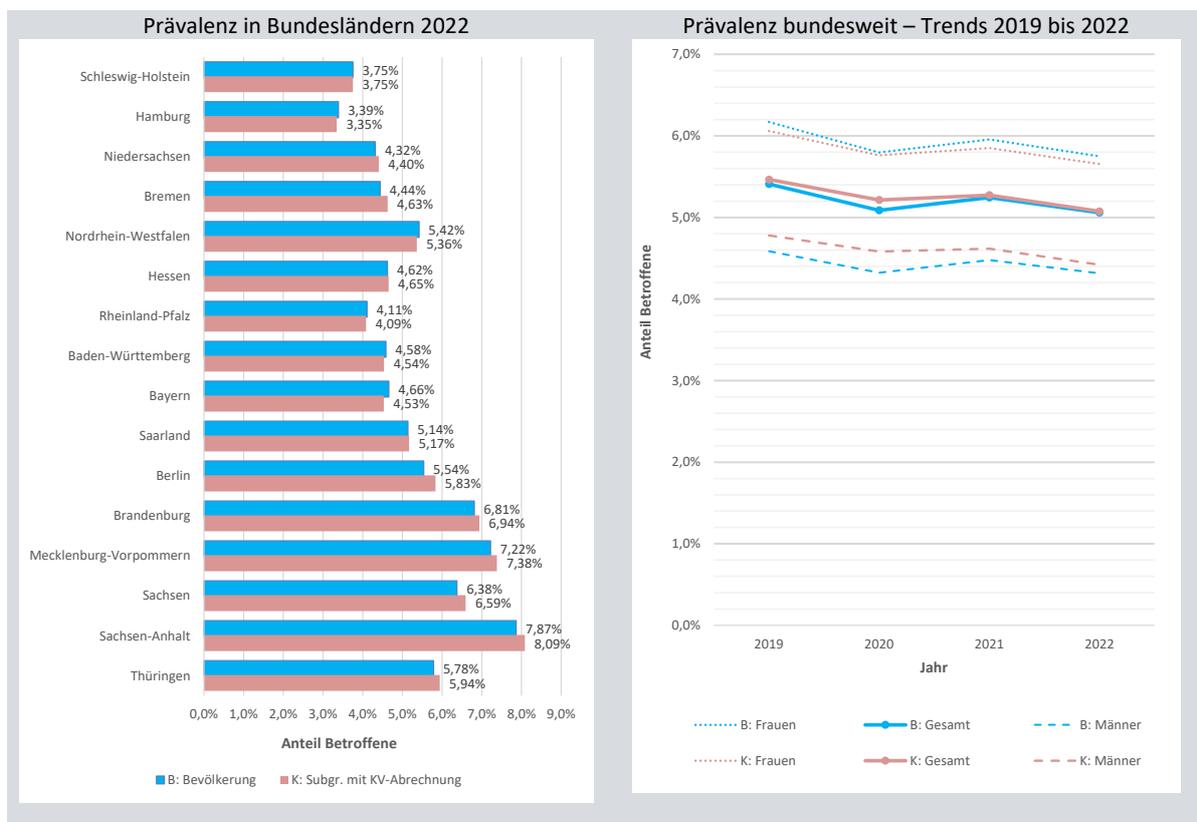
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.7.2: Akuter Rückenschmerz – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.7.3: Akuter Rückenschmerz – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.7.1: Akuter Rückenschmerz – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	4,59%	6,17%	5,41%
	2020	B	4,32%	5,80%	5,09%
	2021	B	4,48%	5,96%	5,25%
	2022	B	4,32%	5,75%	5,06%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	4,30%	5,81%	5,08%
	2020	BK	4,08%	5,49%	4,81%
	2021	BK	4,21%	5,62%	4,94%
	2022	BK	4,05%	5,43%	4,77%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	4,78%	6,06%	5,46%
	2020	K	4,58%	5,76%	5,22%
	2021	K	4,62%	5,85%	5,27%
	2022	K	4,42%	5,65%	5,08%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,042	0,982	1,010
	2020	K vs. B	1,060	0,994	1,025
	2021	K vs. B	1,031	0,982	1,005
	2022	K vs. B	1,024	0,984	1,003
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.8872	.9866	.9522
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	0,941	0,932	0,935
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,925	0,933	0,929
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9965	.9990	.9982
	2020	K, B	.9966	.9991	.9983
	2021	K, B	.9982	.9994	.9990
	2022	K, B	.9979	.9993	.9989
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9959	.9984	.9976
	2020	K, B	.9969	.9989	.9983
	2021	K, B	.9949	.9982	.9971
	2022	K, B	.9959	.9983	.9975

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.8 Lungenkrebs

Die Auswahl der hier betrachteten ICD-10-Schlüssel entspricht den beiden Diagnosen „Bösartige Neubildung der Trachea“ sowie „Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge“. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung werden Dokumentationen der Diagnosen in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

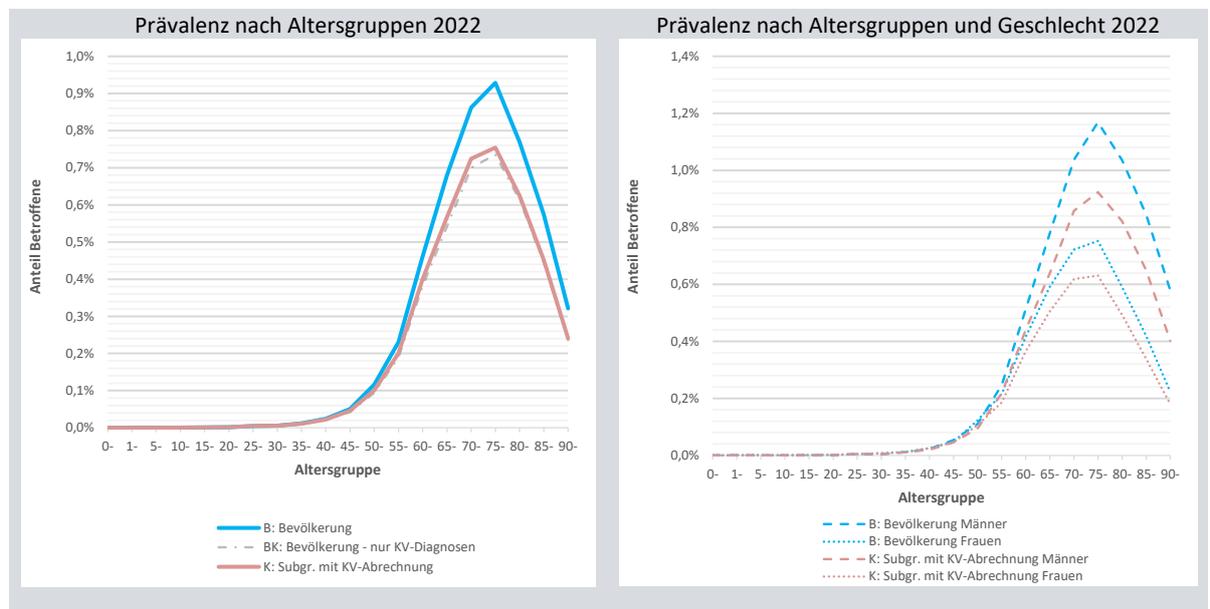
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
C33, C34		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen
Anmerkungen/Definition: Burden_angepasst		K: KV-Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Lungenkrebs wird vor Vollendung des 40. Lebensjahre selten dokumentiert. Die Diagnoseprävalenz steigt dann mit zunehmendem Alter deutlich und erreicht ein Maximum im Alter von 75 bis 79 Jahren. Männer sind deutlich häufiger als Frauen betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 0,23 %, wobei lediglich 80,5 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

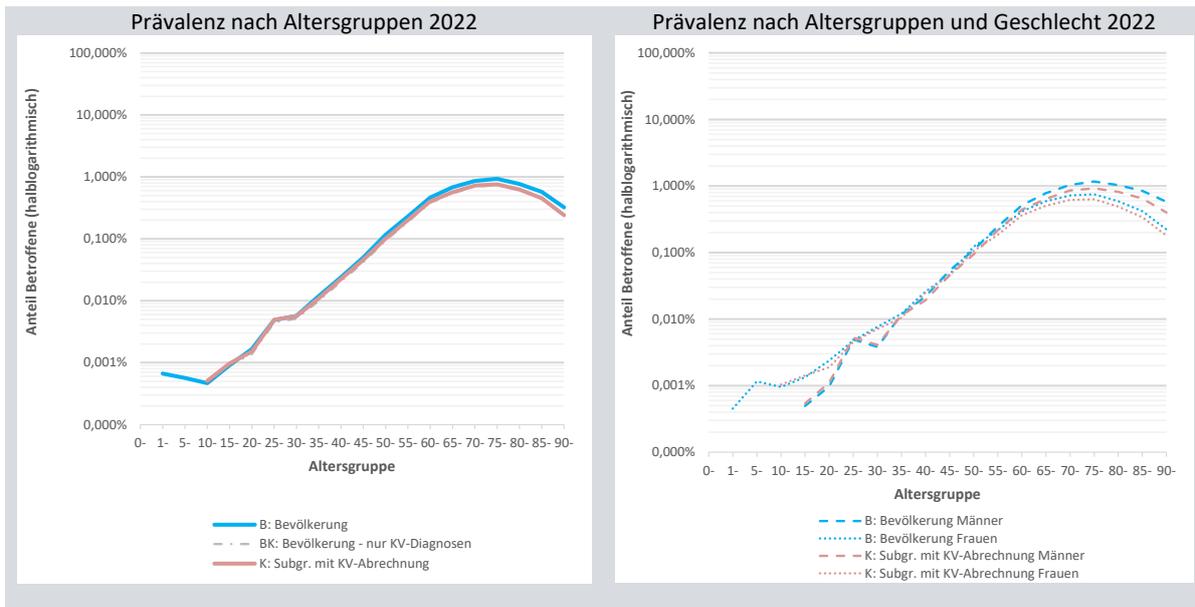
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 0,20 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer wurde damit 2022 anteilig um 14,3 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9993$ bzw. $r = .9850$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .962$ ermitteln. Bei Frauen ist die Prävalenz merklich gestiegen.

Abbildung 3.8.1: Lungenkrebs – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



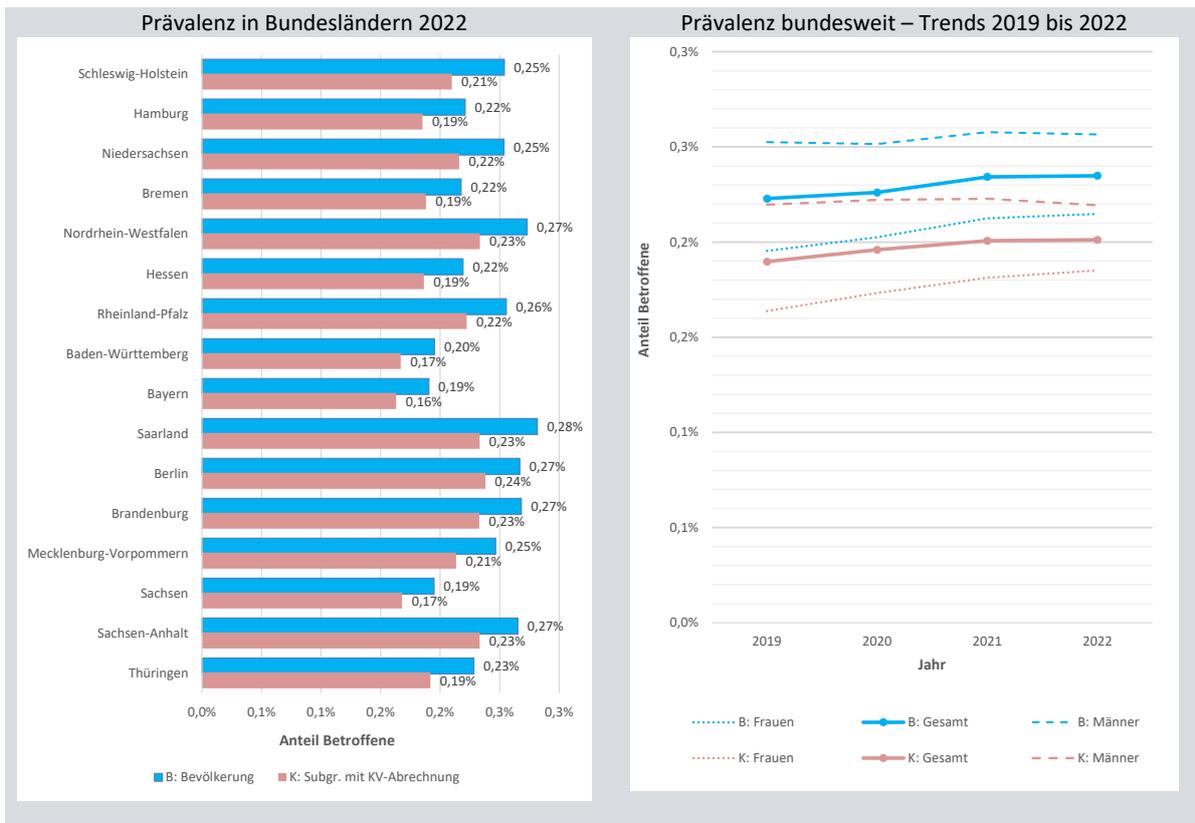
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.8.2: Lungenkrebs – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.8.3: Lungenkrebs – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.8.1: Lungenkrebs – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	0,25%	0,20%	0,22%
	2020	B	0,25%	0,20%	0,23%
	2021	B	0,26%	0,21%	0,23%
	2022	B	0,26%	0,21%	0,23%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	0,20%	0,16%	0,18%
	2020	BK	0,20%	0,17%	0,18%
	2021	BK	0,20%	0,17%	0,19%
	2022	BK	0,20%	0,18%	0,19%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	0,22%	0,16%	0,19%
	2020	K	0,22%	0,17%	0,20%
	2021	K	0,22%	0,18%	0,20%
	2022	K	0,22%	0,19%	0,20%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	0,870	0,838	0,851
	2020	K vs. B	0,884	0,855	0,867
	2021	K vs. B	0,864	0,853	0,857
	2022	K vs. B	0,855	0,862	0,857
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.0798	.9935	.9623
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,016	1,099	1,054
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,999	1,131	1,061
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9978	.9987	.9983
	2020	K, B	.9992	.9988	.9991
	2021	K, B	.9996	.9996	.9996
	2022	K, B	.9984	.9996	.9993
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9816	.9632	.9689
	2020	K, B	.9847	.9850	.9905
	2021	K, B	.9787	.9858	.9834
	2022	K, B	.9907	.9772	.9850

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.9 Herzinsuffizienz

Die Auswahl des hier betrachteten Diagnoseschlüssels beschränkt sich auf die dreistellig kodierte ICD-10-Diagnose „Herzinsuffizienz“. Bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnose in der ambulanten Versorgung werden bei Betroffenen neben einer Dokumentation in mindestens zwei Quartalen innerhalb des Beobachtungsjahres zugleich auch Verordnungen von spezifizierten Arzneimitteln vorausgesetzt.

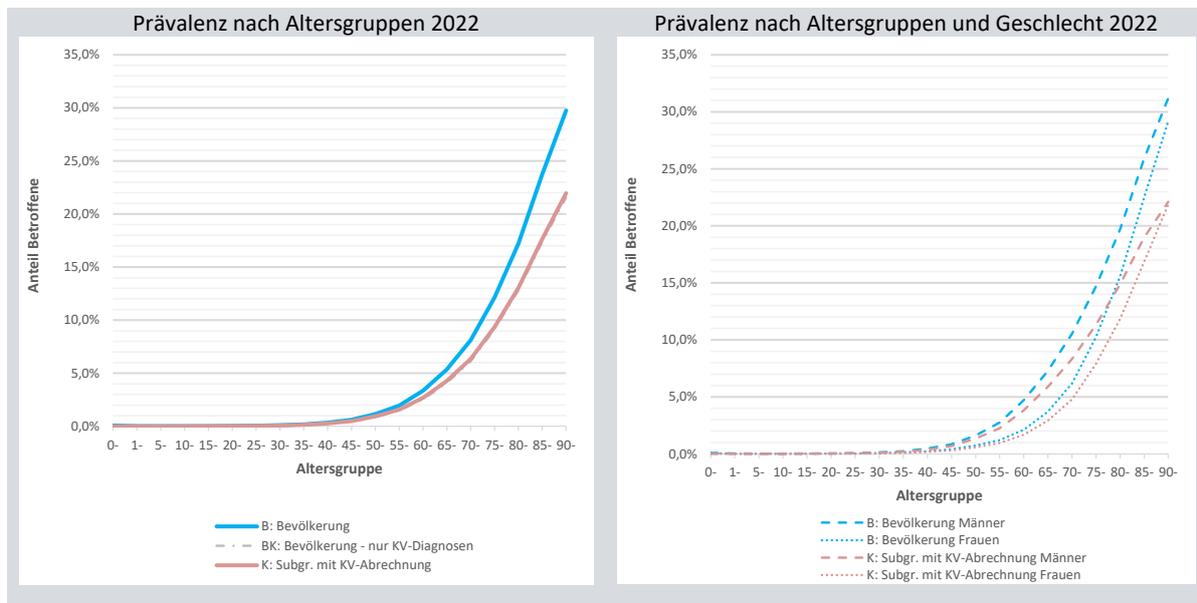
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
I50	C01A, C03, C07, C09A, C09B, C09C, C09D	B: Stat. Diagnose ODER (amb. Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen UND min. 50 DDD der spezifizierten Arzneimittel)
Anmerkungen/Definition: Burden		K: KV-Diagnosen [G] in min. 2 Quartalen UND min. 50 DDD der spezifizierten Arzneimittel

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der Herzinsuffizienz steigt mit zunehmendem Alter stark an, Männer sind häufiger als Frauen betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 3,40 %, wobei lediglich 74,5 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

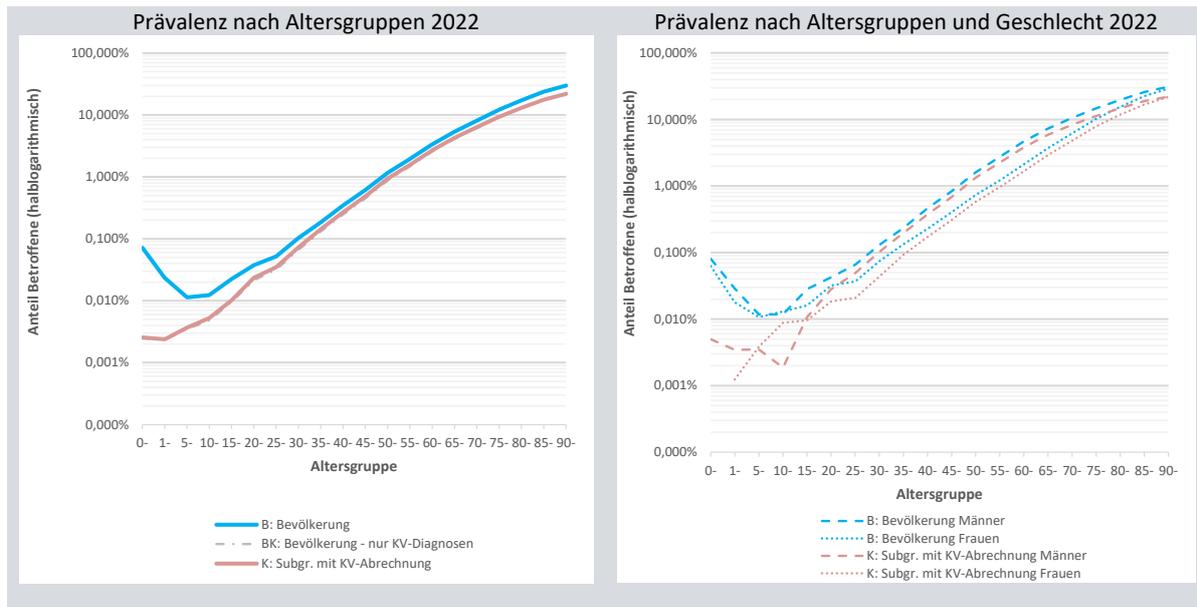
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 2,69 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer wurde damit 2022 anteilig um 20,7 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9998$ bzw. $r = .9961$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .696$ ermitteln.

Abbildung 3.9.1: Herzinsuffizienz – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



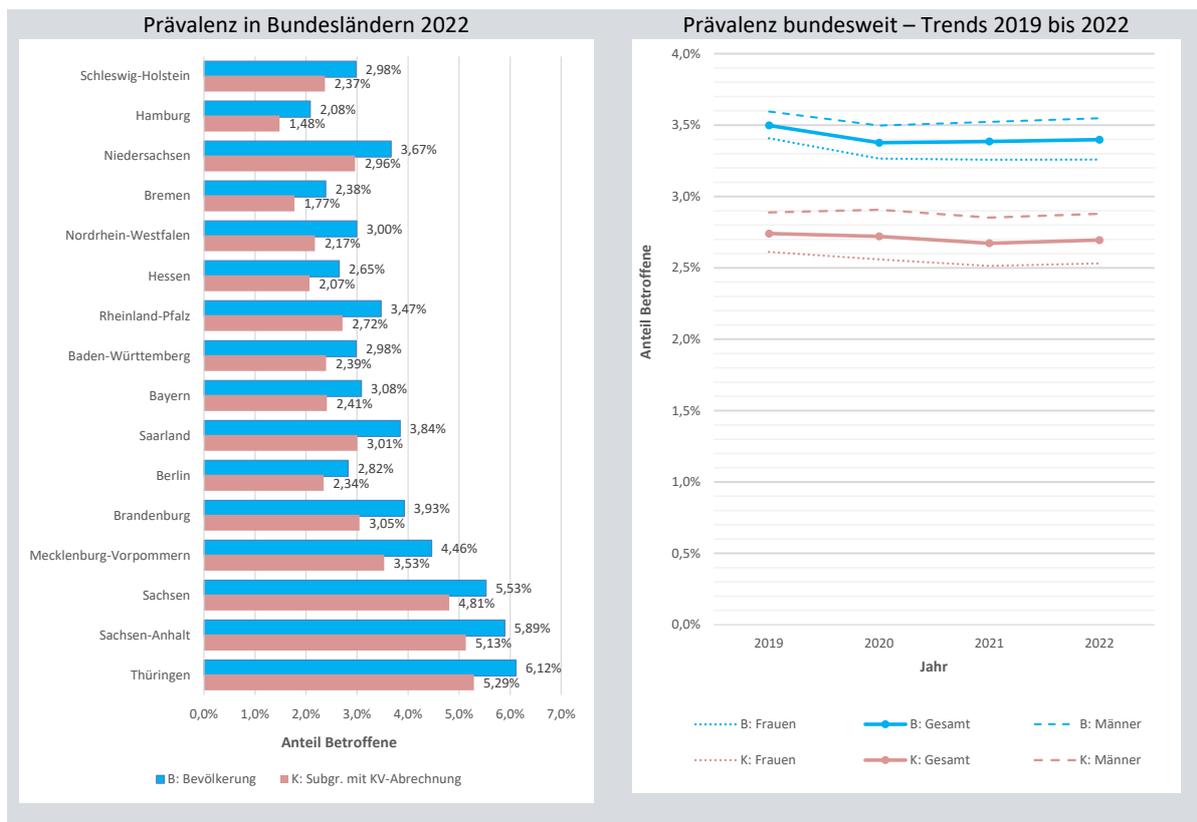
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.9.2: Herzinsuffizienz – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.9.3: Herzinsuffizienz – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.9.1: Herzinsuffizienz – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	3,60%	3,41%	3,50%
	2020	B	3,50%	3,27%	3,38%
	2021	B	3,52%	3,26%	3,39%
	2022	B	3,55%	3,26%	3,40%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	2,60%	2,50%	2,55%
	2020	BK	2,59%	2,44%	2,51%
	2021	BK	2,60%	2,42%	2,50%
	2022	BK	2,64%	2,43%	2,53%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	2,89%	2,61%	2,74%
	2020	K	2,91%	2,56%	2,72%
	2021	K	2,85%	2,51%	2,67%
	2022	K	2,88%	2,53%	2,69%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	0,803	0,766	0,783
	2020	K vs. B	0,831	0,784	0,806
	2021	K vs. B	0,810	0,772	0,789
	2022	K vs. B	0,811	0,777	0,793
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	-.0832	.9192	.6959
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	0,987	0,956	0,971
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,997	0,969	0,983
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9993	1.0000	.9999
	2020	K, B	.9995	1.0000	.9999
	2021	K, B	.9994	1.0000	.9999
	2022	K, B	.9991	.9999	.9998
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9940	.9950	.9947
	2020	K, B	.9960	.9964	.9962
	2021	K, B	.9950	.9962	.9957
	2022	K, B	.9950	.9970	.9961

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.10 Psychische Störungen

Die Auswahl der hier betrachteten Diagnoseschlüssel entspricht dem gesamten ICD-10-Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“. Auch bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird bei Betroffenen nur die einmalige Dokumentation einer Diagnose innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

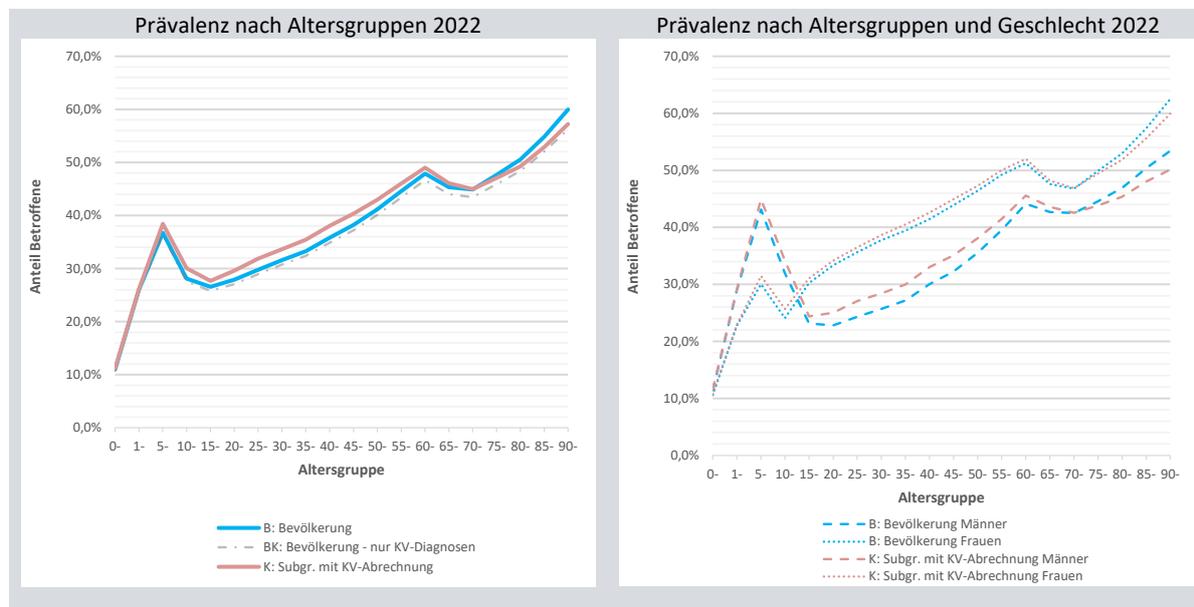
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
F00-F99		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnose [G]
Anmerkungen/Definition: MHS		K: KV-Diagnose [G]

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz psychischer Störungen steigt mit zunehmendem Alter, wobei ein erster Altersgipfel bei 5- bis 9-Jährigen (hier insbesondere bei Jungen) imponiert. Frauen sind ansonsten häufiger als Männer betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 38,2 %, wobei 97,1 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

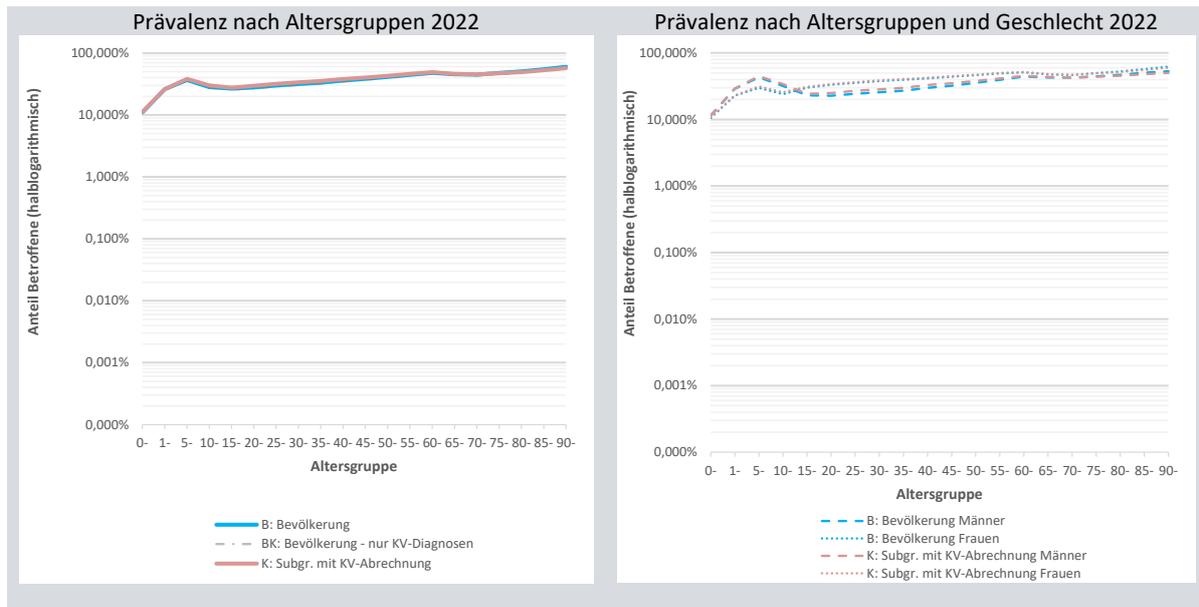
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 39,5 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 3,4 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9938$ bzw. $r = .9753$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .870$ ermitteln.

Abbildung 3.10.1: Psychische Störungen – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



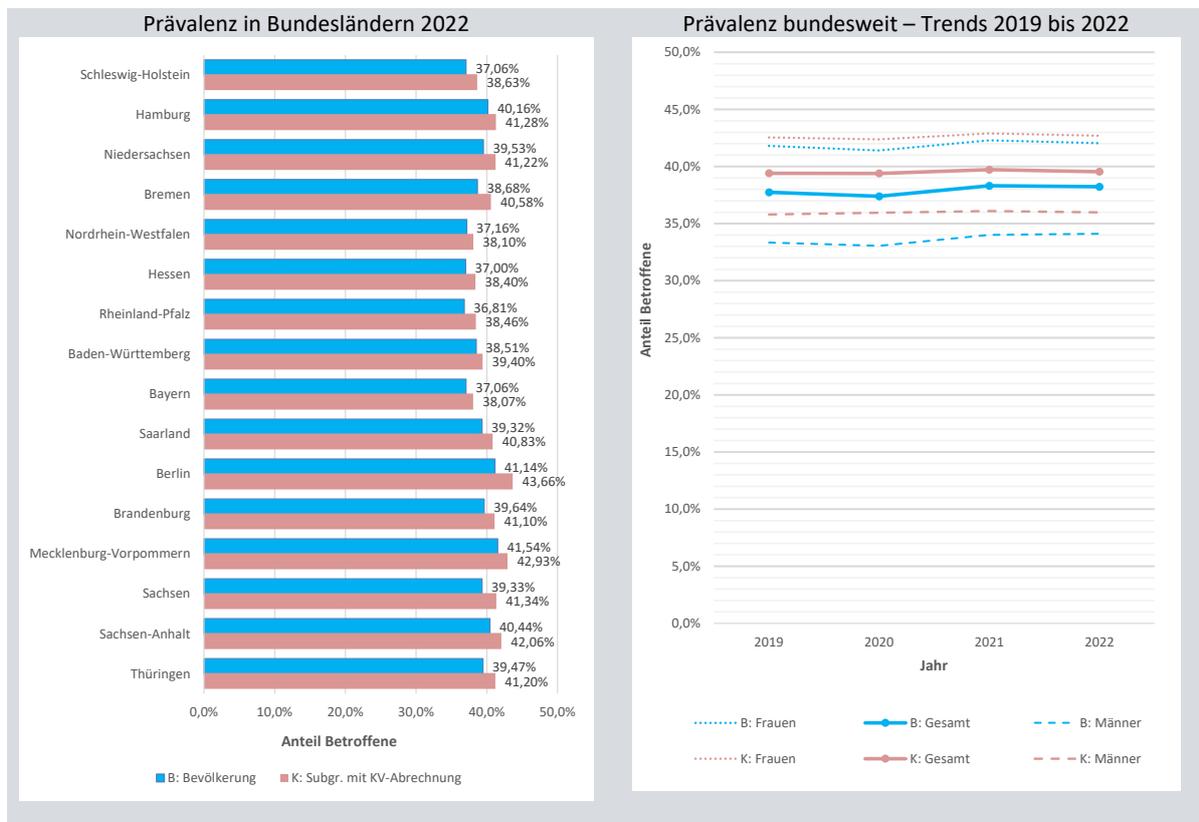
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.10.2: Psychische Störungen – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.10.3: Psychische Störungen – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.10.1: Psychische Störungen – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	33,35%	41,81%	37,75%
	2020	B	33,05%	41,41%	37,39%
	2021	B	34,02%	42,29%	38,31%
	2022	B	34,11%	42,05%	38,23%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	32,21%	40,76%	36,65%
	2020	BK	31,98%	40,39%	36,34%
	2021	BK	32,91%	41,23%	37,23%
	2022	BK	33,00%	40,97%	37,14%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	35,80%	42,55%	39,41%
	2020	K	35,96%	42,38%	39,40%
	2021	K	36,10%	42,91%	39,72%
	2022	K	35,98%	42,70%	39,54%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,074	1,018	1,044
	2020	K vs. B	1,088	1,023	1,054
	2021	K vs. B	1,061	1,014	1,037
	2022	K vs. B	1,055	1,015	1,034
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.6012	.9844	.8696
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,023	1,006	1,013
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	1,005	1,004	1,003
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9858	.9973	.9928
	2020	K, B	.9839	.9972	.9920
	2021	K, B	.9872	.9975	.9935
	2022	K, B	.9888	.9973	.9938
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9671	.9878	.9862
	2020	K, B	.9722	.9911	.9887
	2021	K, B	.9537	.9902	.9832
	2022	K, B	.9492	.9843	.9753

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.11 Depression

Die Auswahl der hier betrachteten ICD-10-Schlüssel umfasst Diagnosen „depressiver Episoden“, „rezidivierende depressive Störungen“ unter Ausnahme der Diagnose „Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert“ sowie die Diagnose „Dysthymia“. Auch bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird bei Betroffenen nur eine einmalige Dokumentation der Diagnose innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

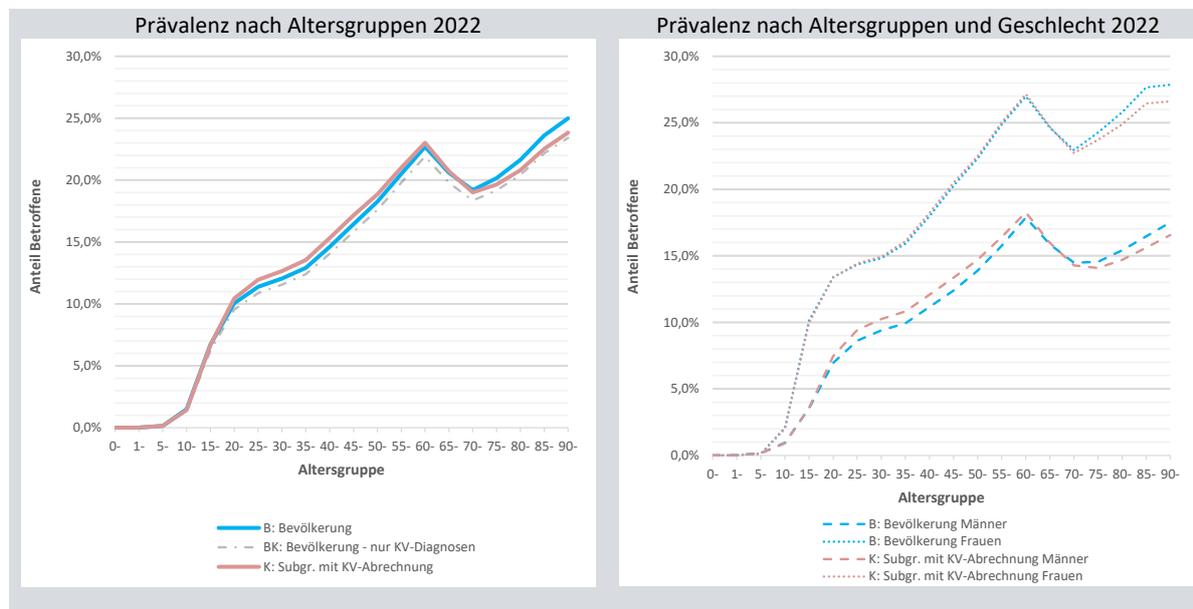
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
F32, F33.0-F33.3, F33.8-F33.9, F34.1		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G]
Anmerkungen/Definition: ReFern		K: KV-Diagnosen [G]

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der Depression steigt mit zunehmendem Alter deutlich, wobei ein zwischenzeitlicher Gipfel gegen Ende des typischen Erwerbsalters imponiert. Frauen sind deutlich häufiger als Männer betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 14,5 %, wobei 95,7 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

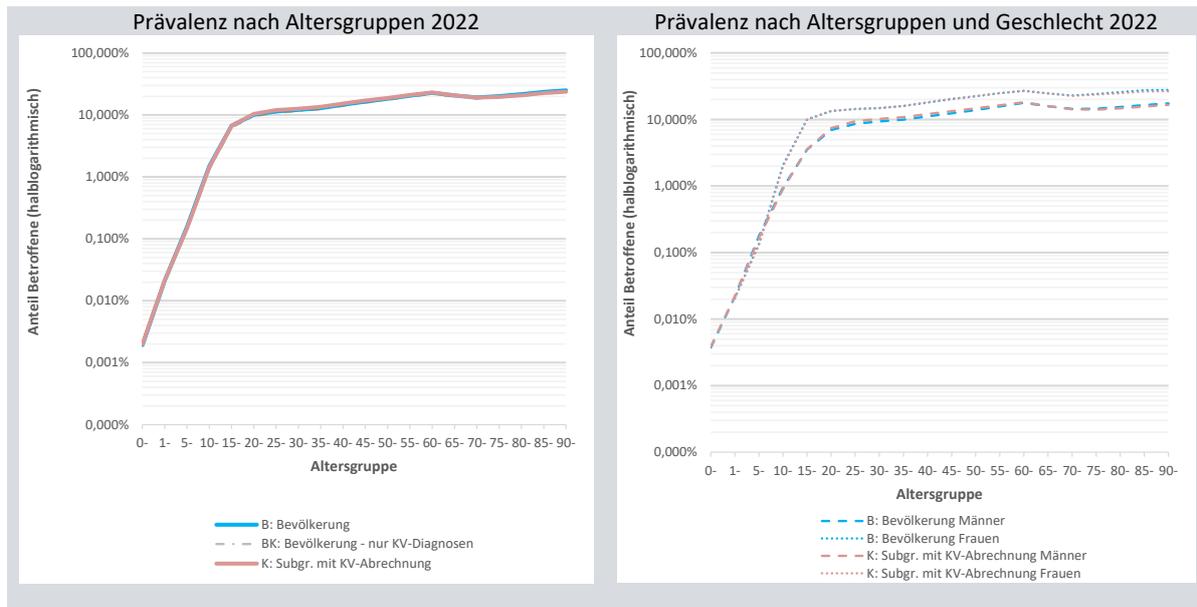
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 14,8 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 1,9 % überschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9977$ bzw. $r = .9606$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .971$ ermitteln.

Abbildung 3.11.1: Depression – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



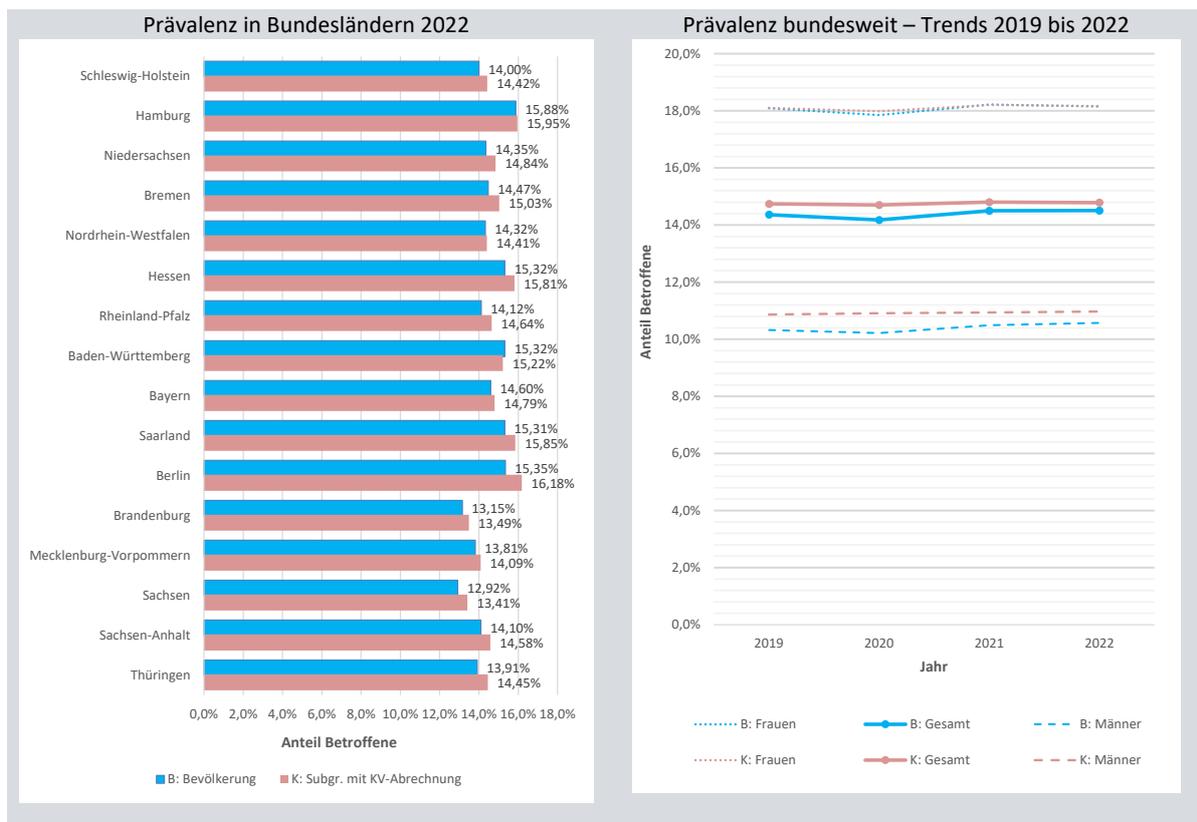
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.11.2: Depression – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.11.3: Depression – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.11.1: Depression – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	10,33%	18,10%	14,36%
	2020	B	10,22%	17,85%	14,18%
	2021	B	10,49%	18,22%	14,50%
	2022	B	10,57%	18,16%	14,51%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	9,77%	17,35%	13,71%
	2020	BK	9,70%	17,14%	13,56%
	2021	BK	9,97%	17,49%	13,87%
	2022	BK	10,06%	17,43%	13,89%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	10,86%	18,11%	14,74%
	2020	K	10,91%	17,98%	14,70%
	2021	K	10,94%	18,20%	14,80%
	2022	K	10,97%	18,17%	14,79%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,052	1,001	1,026
	2020	K vs. B	1,068	1,007	1,037
	2021	K vs. B	1,043	0,999	1,021
	2022	K vs. B	1,038	1,001	1,019
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.7568	.9919	.9714
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,024	1,003	1,010
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	1,010	1,003	1,003
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9925	.9988	.9970
	2020	K, B	.9920	.9989	.9968
	2021	K, B	.9953	.9992	.9980
	2022	K, B	.9952	.9990	.9977
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9852	.9517	.9695
	2020	K, B	.9873	.9604	.9724
	2021	K, B	.9856	.9585	.9694
	2022	K, B	.9843	.9426	.9606

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.12 Angststörungen

Die Auswahl der hier betrachteten ICD-10-Schlüssel umfasst die beiden Diagnosen „Phobische Störungen“ und „Andere Angststörungen“. Auch bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird bei Betroffenen nur eine Dokumentation innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

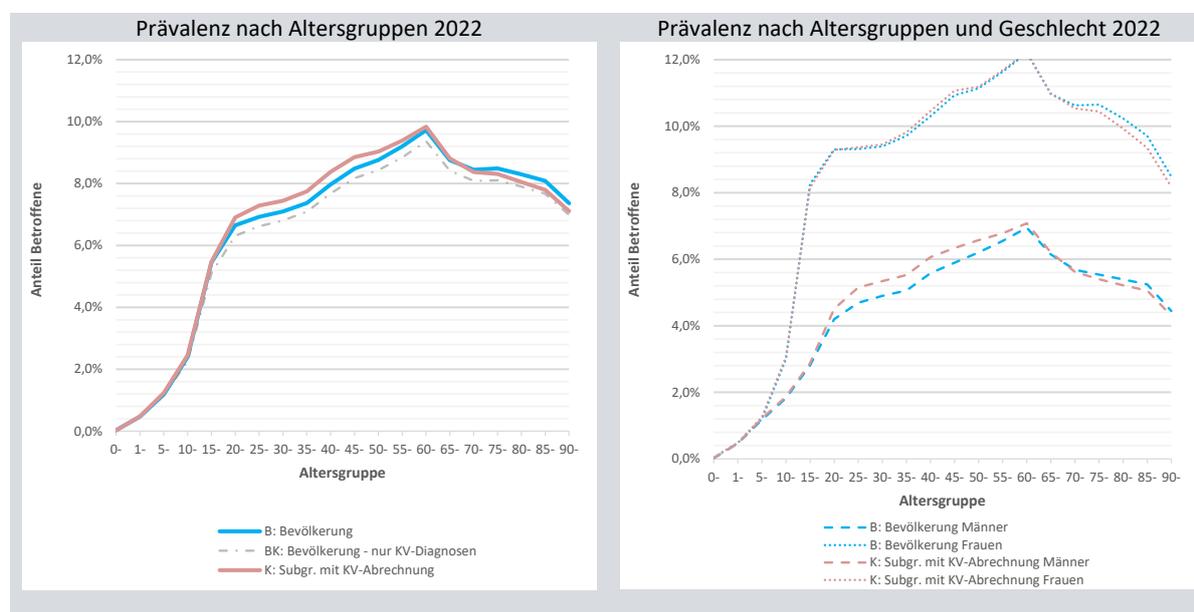
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
F40, F41		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnose [G]
Anmerkungen/Definition: MHS		K: KV-Diagnosen [G]

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der Angststörungen erreicht bereits im Alter ab 20 Jahre ein hohes Niveau. Die höchsten Prävalenzen finden sich im Alter von 60 bis 64 Jahren. Frauen sind deutlich häufiger als Männer betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 7,14 %, wobei 95,8 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

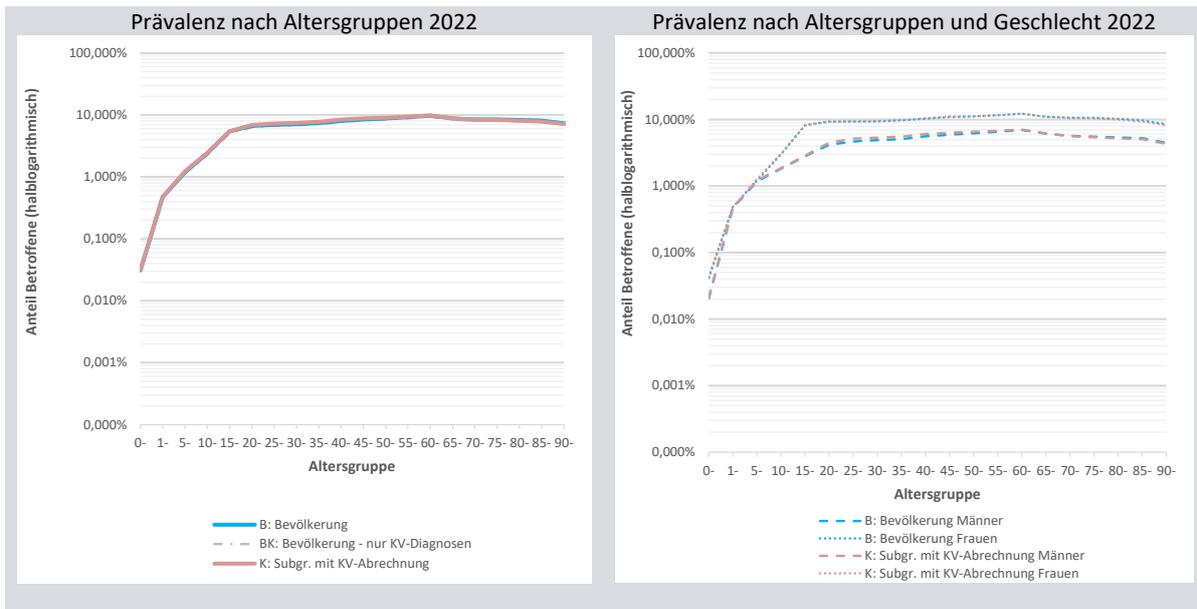
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 7,29 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 2,0 % überschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9973$ bzw. $r = .9893$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten und stetigem Anstieg insbesondere bei Frauen ein Korrelationskoeffizient von $r = .974$ ermitteln.

Abbildung 3.12.1: Angststörungen – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



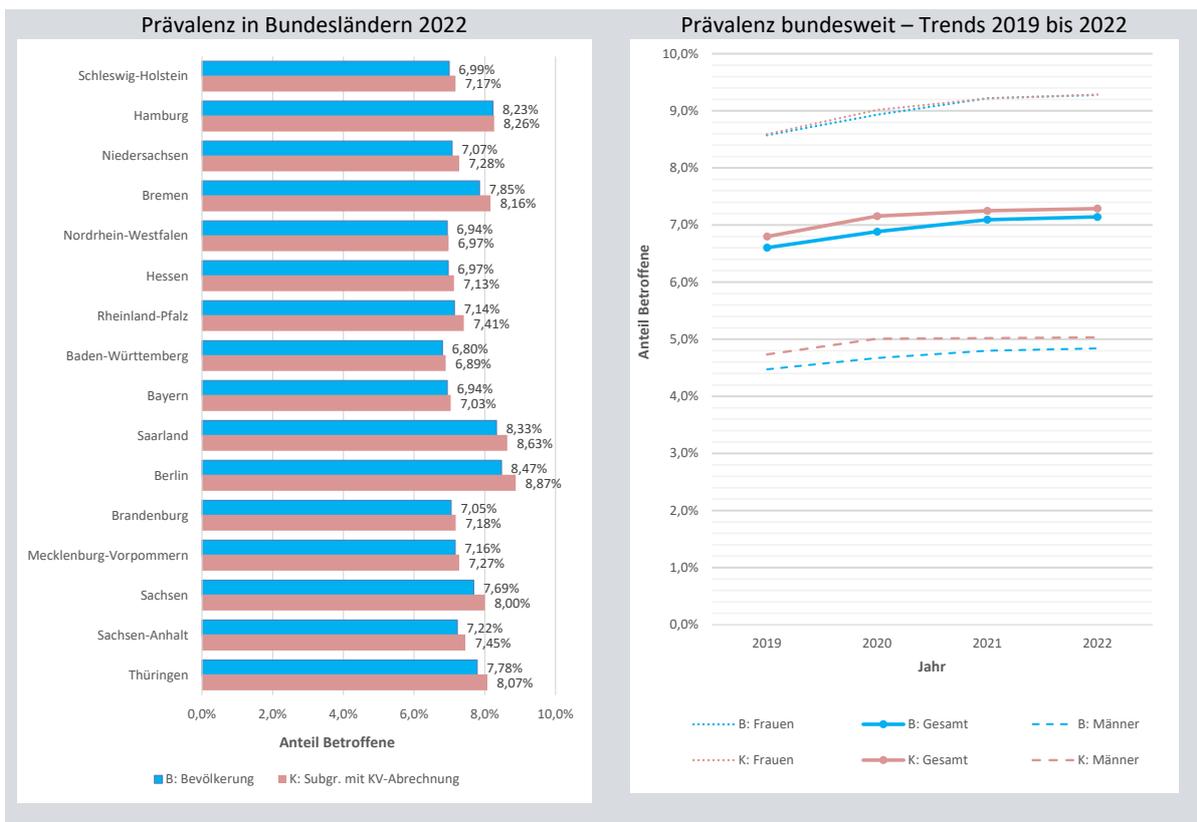
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.12.2: Angststörungen – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.12.3: Angststörungen – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.12.1: Angststörungen – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	4,47%	8,57%	6,60%
	2020	B	4,67%	8,93%	6,88%
	2021	B	4,80%	9,22%	7,09%
	2022	B	4,84%	9,28%	7,14%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	4,26%	8,23%	6,32%
	2020	BK	4,45%	8,59%	6,60%
	2021	BK	4,58%	8,85%	6,80%
	2022	BK	4,62%	8,91%	6,85%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	4,73%	8,59%	6,80%
	2020	K	5,01%	9,02%	7,16%
	2021	K	5,02%	9,21%	7,25%
	2022	K	5,03%	9,29%	7,29%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,058	1,002	1,029
	2020	K vs. B	1,072	1,009	1,040
	2021	K vs. B	1,046	0,999	1,022
	2022	K vs. B	1,040	1,001	1,020
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.9286	.9927	.9739
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,082	1,082	1,082
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	1,063	1,081	1,072
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9903	.9989	.9960
	2020	K, B	.9888	.9991	.9957
	2021	K, B	.9930	.9994	.9972
	2022	K, B	.9942	.9992	.9973
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9937	.9969	.9970
	2020	K, B	.9926	.9961	.9957
	2021	K, B	.9906	.9963	.9945
	2022	K, B	.9887	.9906	.9893

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.13 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Auswahl entspricht der 4-stelligen ICD-10-Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“. Auch bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird nur eine Dokumentation der Diagnose innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

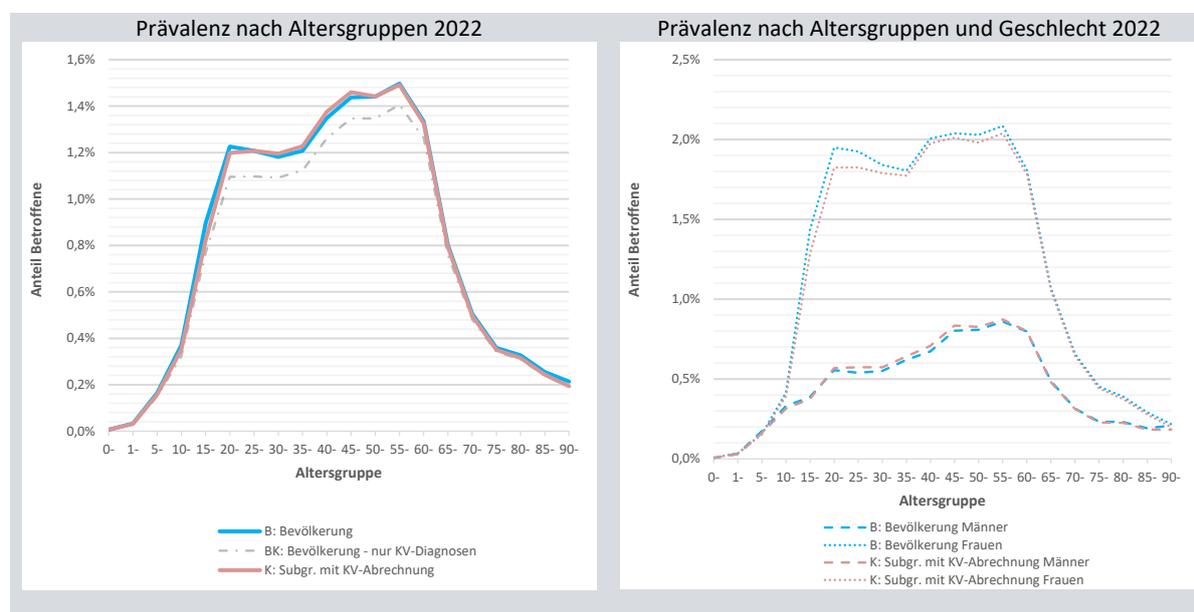
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
F43.1		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G]
Anmerkungen/Definition: MHS		K: KV-Diagnosen [G]

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der PTBS erreicht bei Frauen bereits im Alter ab 20 Jahre ein vergleichsweise sehr hohes Niveau. Am häufigsten wurde die Diagnose in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen dokumentiert. Frauen sind erheblich häufiger als Männer betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 0,96 %, wobei 92,7 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

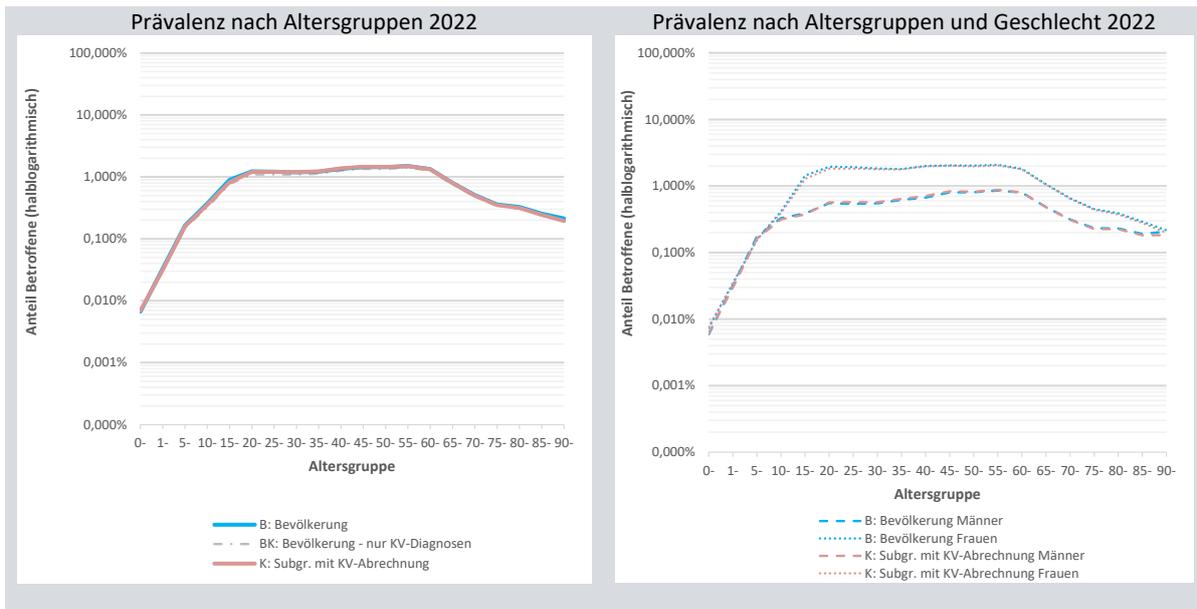
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 0,95 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 1,3 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9993$ bzw. $r = .9960$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifend kontinuierlich steigenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .998$ ermitteln.

Abbildung 3.13.1: PTBS – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



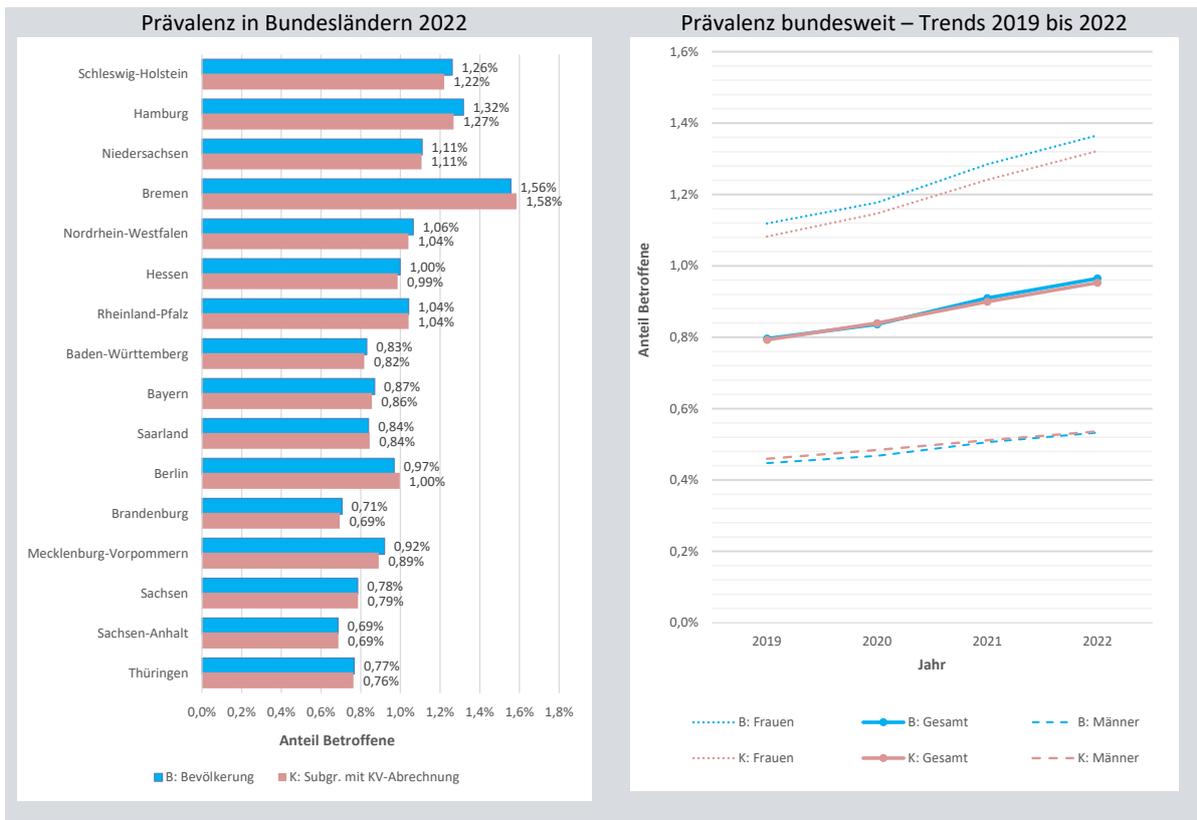
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.13.2: PTBS – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.13.3: PTBS – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.13.1: PTBS – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	0,45%	1,12%	0,80%
	2020	B	0,47%	1,18%	0,84%
	2021	B	0,51%	1,28%	0,91%
	2022	B	0,53%	1,37%	0,96%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	0,41%	1,04%	0,74%
	2020	BK	0,43%	1,09%	0,77%
	2021	BK	0,47%	1,19%	0,84%
	2022	BK	0,49%	1,27%	0,89%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	0,46%	1,08%	0,79%
	2020	K	0,48%	1,15%	0,84%
	2021	K	0,51%	1,24%	0,90%
	2022	K	0,54%	1,32%	0,95%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,026	0,967	0,996
	2020	K vs. B	1,035	0,974	1,004
	2021	K vs. B	1,011	0,966	0,989
	2022	K vs. B	1,007	0,968	0,987
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.9956	.9993	.9981
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,190	1,221	1,212
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	1,167	1,221	1,202
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9984	.9993	.9995
	2020	K, B	.9977	.9993	.9994
	2021	K, B	.9985	.9994	.9995
	2022	K, B	.9989	.9991	.9993
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9981	.9979	.9980
	2020	K, B	.9977	.9976	.9977
	2021	K, B	.9980	.9980	.9979
	2022	K, B	.9941	.9967	.9960

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.14 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Die Auswahl der hier betrachteten Diagnoseschlüssel entspricht der ICD-10-Gruppe mit der Bezeichnung „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“. Auch bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird nur eine Dokumentation einer entsprechenden Diagnose innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

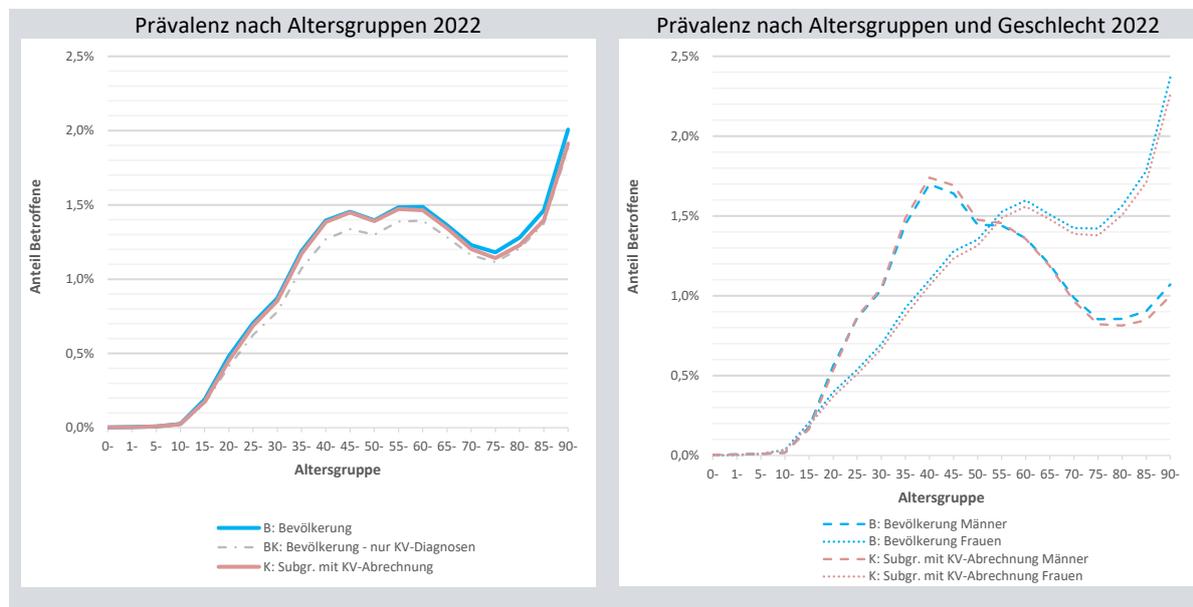
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
F2		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G]
Anmerkungen/Definition: ReFern_angepasst		K: KV-Diagnosen [G]

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der Schizophrenie steigt im Alter ab 15 Jahren. Während bei Männern die höchsten Diagnoseprävalenzen im Alter von 40 bis 44 Jahren zu verzeichnen sind, imponieren bei Frauen sehr hohe Prävalenzschätzer bei Hochbetagten. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 1,02 %, wobei 92,4 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

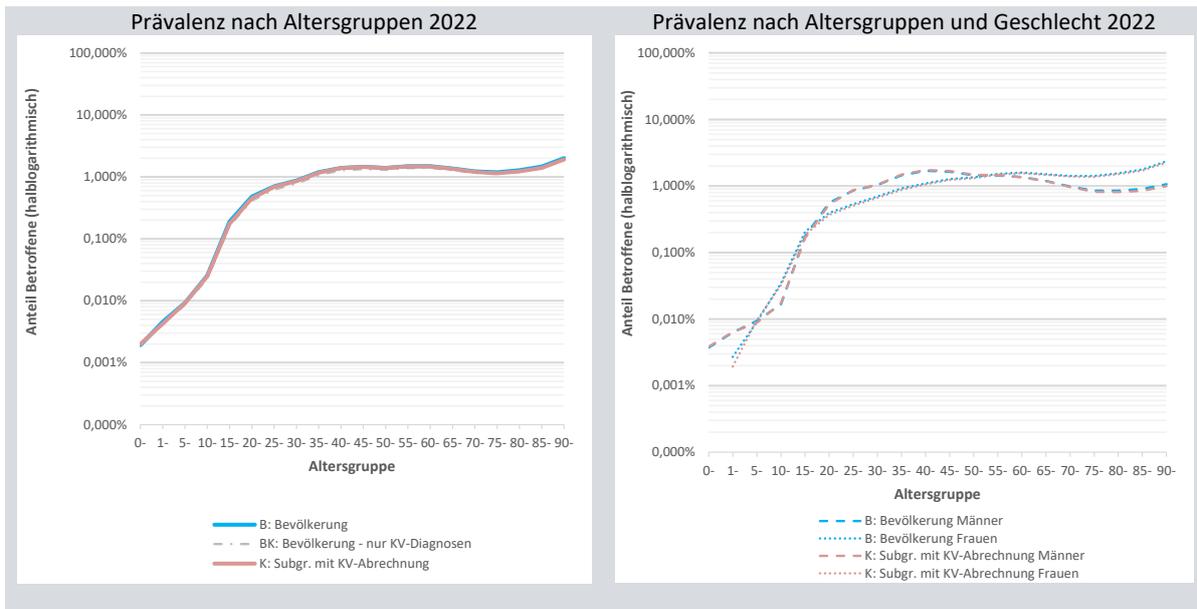
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 0,94 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 1,6 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9995$ bzw. $r = .9928$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten (im Kontext leicht rückläufiger Werte bei Frauen) ein Korrelationskoeffizient von $r = .930$ ermitteln.

Abbildung 3.14.1: Schizophrenie – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



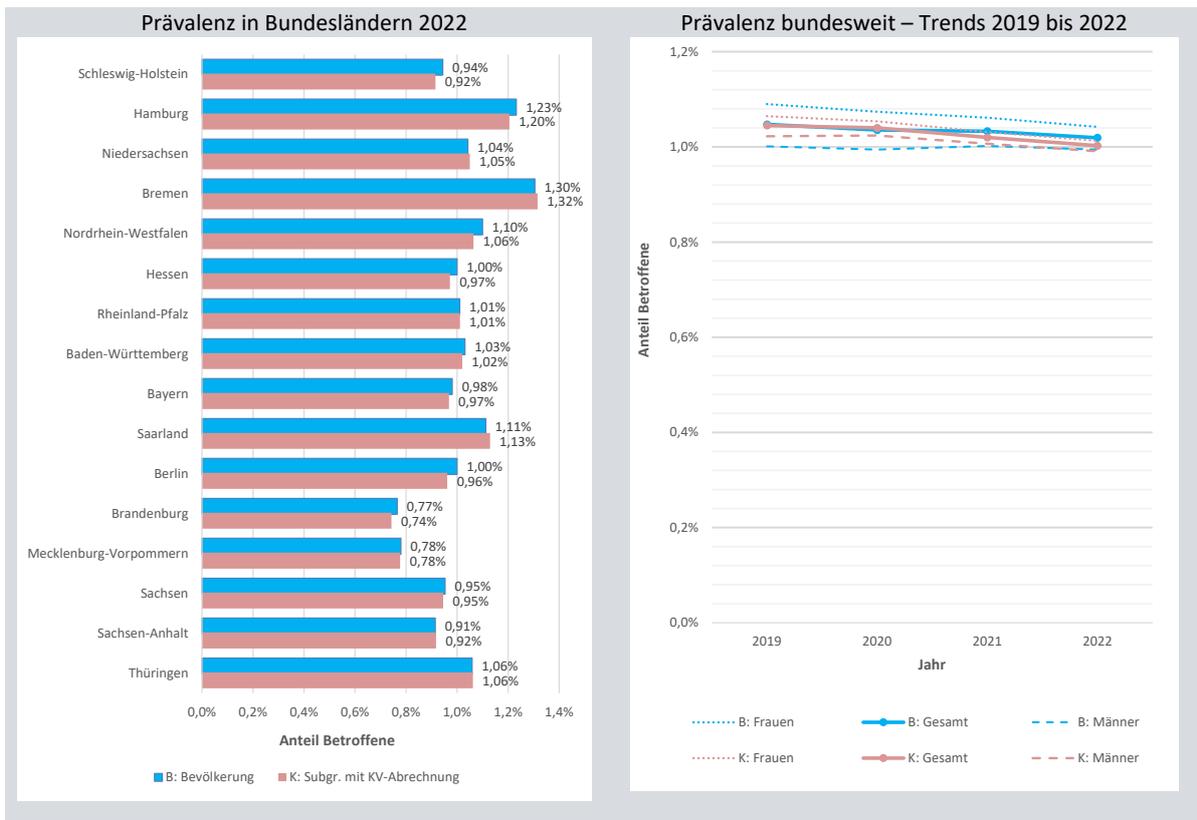
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.14.2: Schizophrenie – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.14.3: Schizophrenie – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.14.1: Schizophrenie – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	1,00%	1,09%	1,05%
	2020	B	0,99%	1,07%	1,04%
	2021	B	1,00%	1,06%	1,03%
	2022	B	0,99%	1,04%	1,02%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	0,92%	1,02%	0,97%
	2020	BK	0,91%	1,00%	0,96%
	2021	BK	0,92%	0,99%	0,96%
	2022	BK	0,91%	0,97%	0,94%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	1,02%	1,06%	1,04%
	2020	K	1,02%	1,05%	1,04%
	2021	K	1,01%	1,03%	1,02%
	2022	K	0,99%	1,01%	1,00%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,021	0,977	0,998
	2020	K vs. B	1,030	0,981	1,004
	2021	K vs. B	1,005	0,971	0,987
	2022	K vs. B	0,997	0,972	0,984
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.1927	.9858	.9301
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	0,993	0,956	0,973
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,969	0,951	0,959
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9972	.9998	.9990
	2020	K, B	.9968	.9997	.9990
	2021	K, B	.9989	.9999	.9996
	2022	K, B	.9987	.9999	.9995
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9955	.9933	.9953
	2020	K, B	.9918	.9961	.9942
	2021	K, B	.9921	.9961	.9943
	2022	K, B	.9905	.9952	.9928

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.15 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen

Die Auswahl der hier betrachteten Diagnoseschlüssel entspricht der gesamten ICD-10-Gruppe mit der Bezeichnung „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Auch bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird nur die einmalige Dokumentation einer der Diagnosen vorausgesetzt. Nachfolgend wird verkürzt der Begriff „Substanzmissbrauch“ verwendet.

ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
F1		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G]
Anmerkungen/Definition: MHS		K: KV-Diagnosen [G]

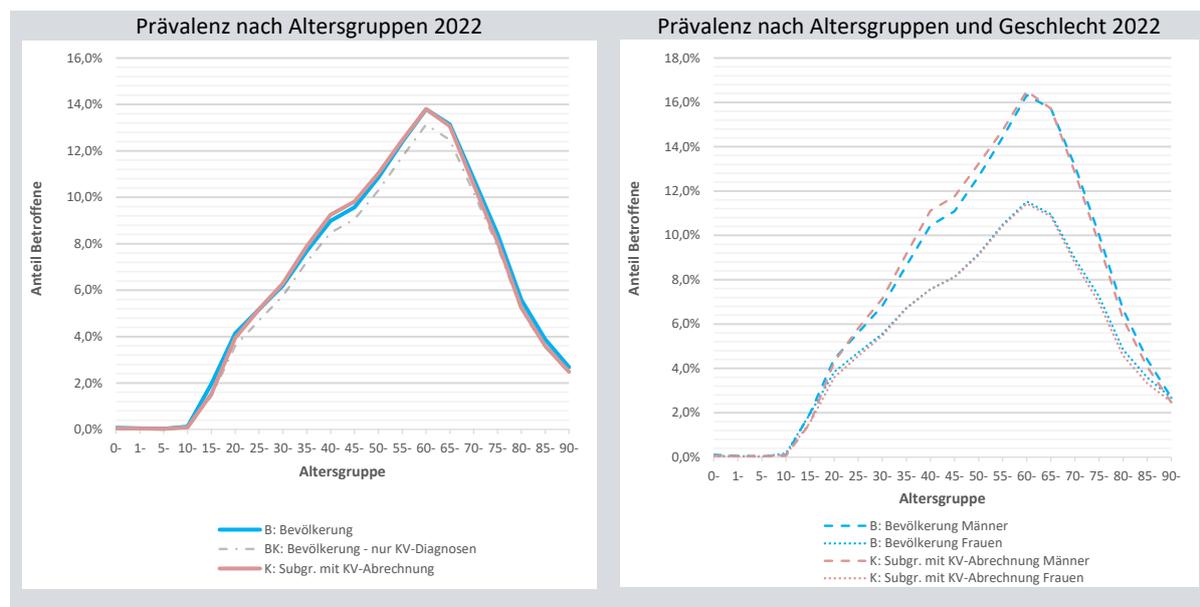
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;

K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz des Substanzmissbrauchs steigt ab einem Alter von 15 Jahren deutlich und erreicht ihr Maximum in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre. Männer sind merklich häufiger als Frauen betroffen. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 7,48 %, wobei 93,8 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

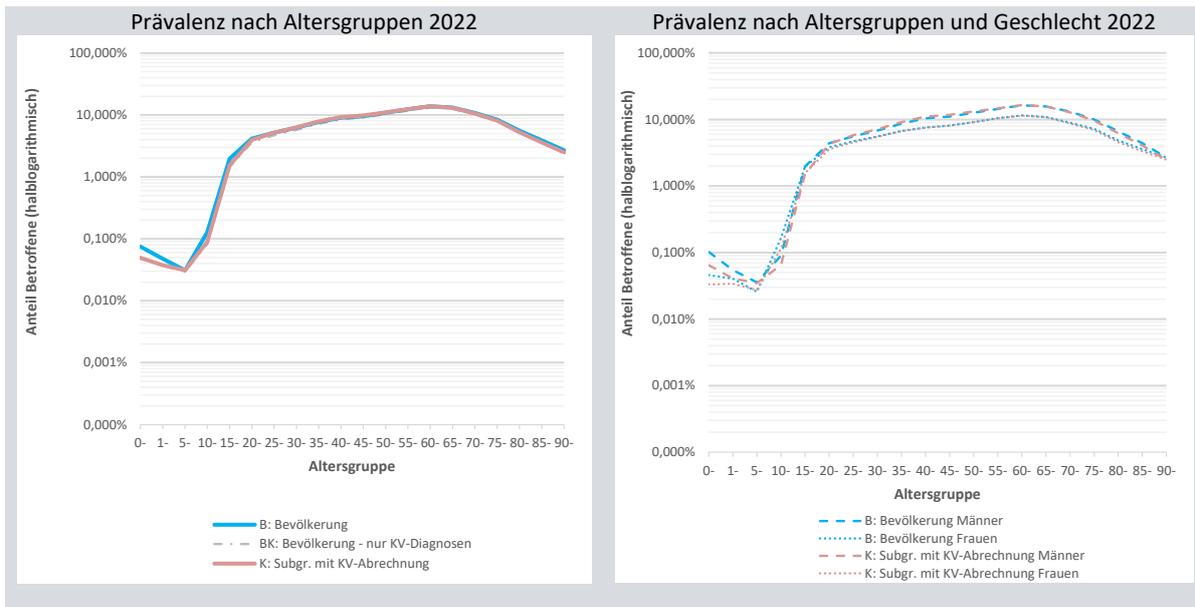
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 7,47 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer wurde damit 2022 anteilig um 0,2 % unterschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9991$ bzw. $r = .9958$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .933$ ermitteln.

Abbildung 3.15.1: Substanzmissbrauch – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



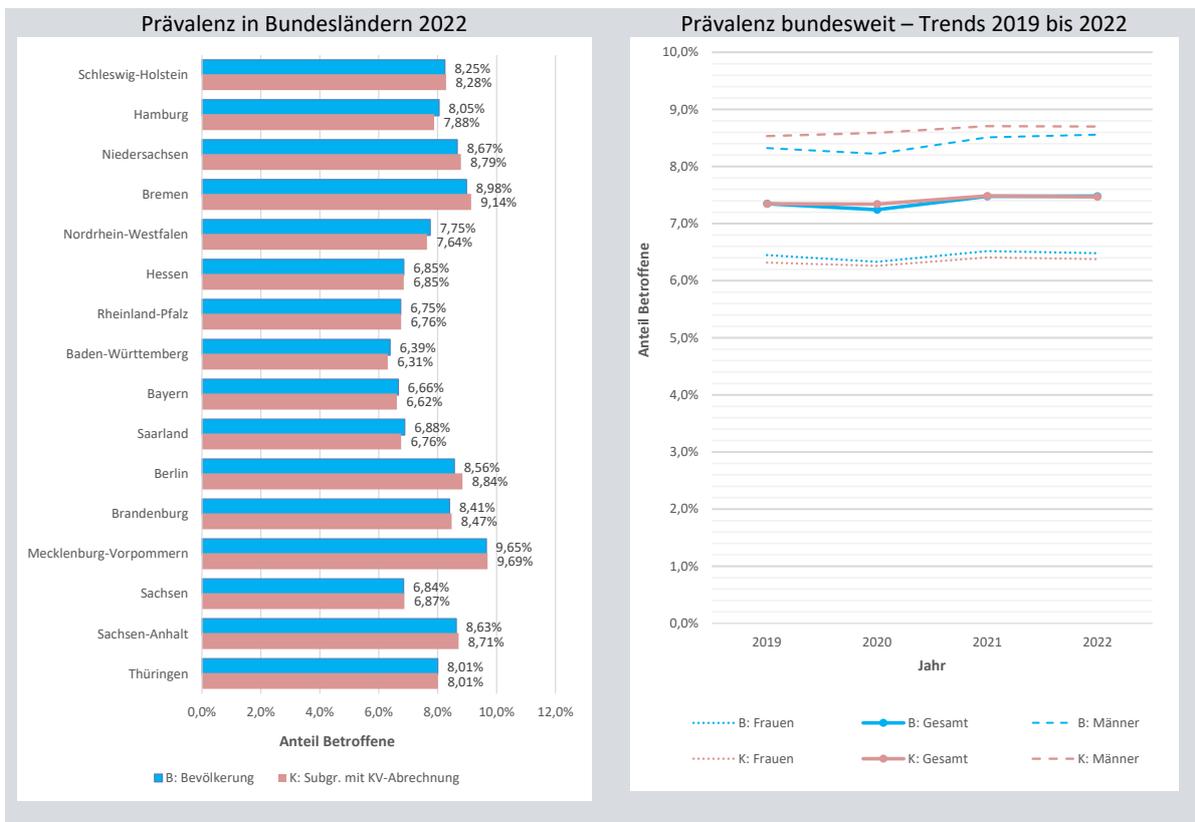
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.15.2: Substanzmissbrauch – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.15.3: Substanzmissbrauch – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.15.1: Substanzmissbrauch – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	8,32%	6,45%	7,35%
	2020	B	8,22%	6,33%	7,24%
	2021	B	8,51%	6,52%	7,48%
	2022	B	8,56%	6,48%	7,48%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	7,68%	6,05%	6,83%
	2020	BK	7,64%	5,97%	6,77%
	2021	BK	7,94%	6,16%	7,01%
	2022	BK	7,98%	6,12%	7,02%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	8,53%	6,32%	7,35%
	2020	K	8,59%	6,26%	7,34%
	2021	K	8,71%	6,41%	7,48%
	2022	K	8,70%	6,38%	7,47%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,025	0,980	1,000
	2020	K vs. B	1,045	0,989	1,014
	2021	K vs. B	1,023	0,983	1,001
	2022	K vs. B	1,017	0,984	0,998
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.8458	.9657	.9328
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,028	1,005	1,018
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	1,020	1,009	1,017
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9967	.9992	.9985
	2020	K, B	.9964	.9995	.9986
	2021	K, B	.9978	.9996	.9991
	2022	K, B	.9982	.9995	.9991
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9970	.9980	.9976
	2020	K, B	.9969	.9971	.9969
	2021	K, B	.9972	.9973	.9975
	2022	K, B	.9958	.9959	.9958

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.16 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

Die Auswahl der hier betrachteten Diagnoseschlüssel entspricht der ICD-10-Gruppe mit der Bezeichnung „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, der insbesondere auch die Diagnose „Hyperkinetische Störung“ bzw. ADHS zugeordnet ist. Auch bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird nur die Dokumentation einer Diagnose innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt. Nachfolgend wird verkürzt von „Verhaltensstörungen“ gesprochen.

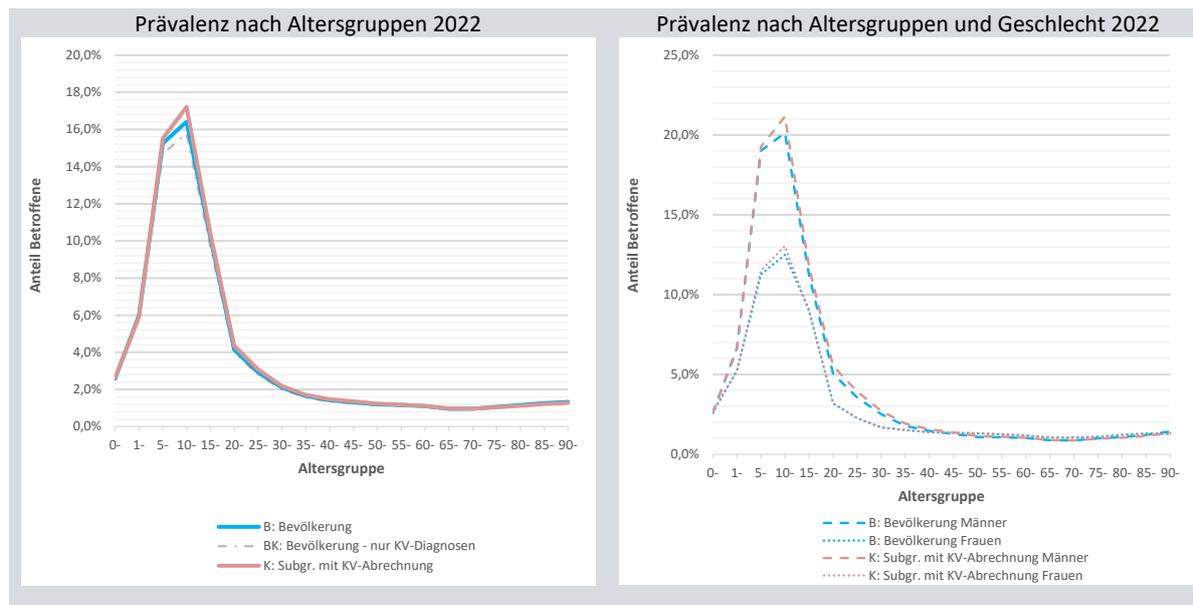
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
F9		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G]
Anmerkungen/Definition: MHS		K: KV-Diagnose [G]

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der hier betrachteten Verhaltensstörungen erreicht ihr Maximum in den beiden Altersgruppen von 5 bis 14 Jahre, wobei Jungen deutlich häufiger als Mädchen betroffen sind. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 3,42 %, wobei 96,0 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

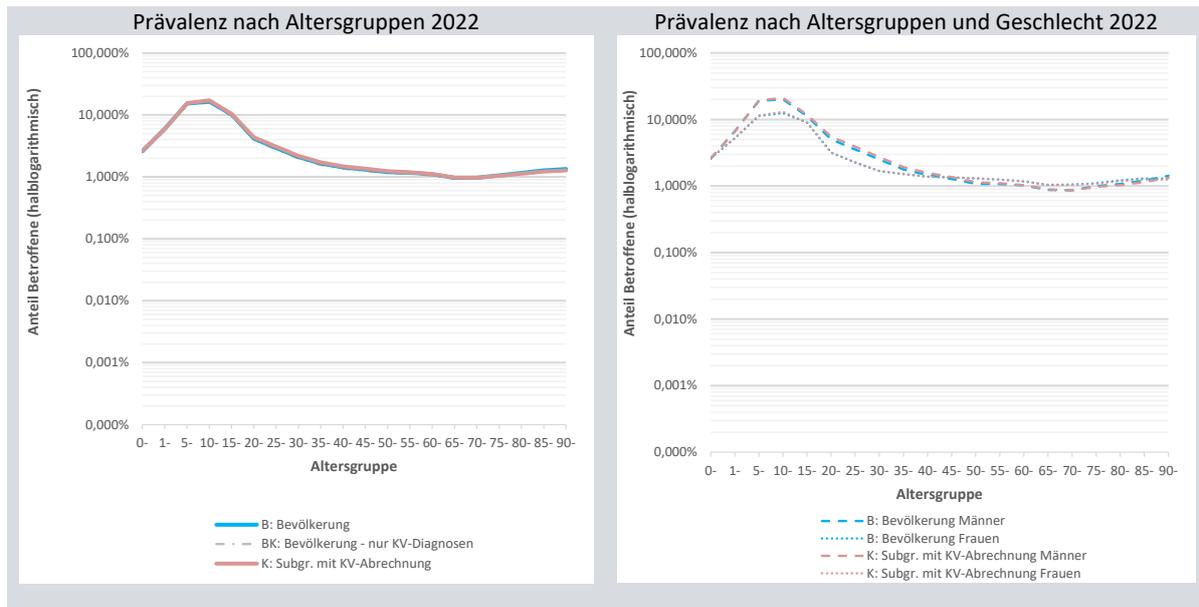
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 3,50 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer für die GKV-Population wurde damit 2022 anteilig um 2,2 % überschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9997$ bzw. $r = .9931$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten und stetig steigenden Werten ein Korrelationskoeffizient von $r = .988$ ermitteln.

Abbildung 3.16.1: Verhaltensstörungen – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



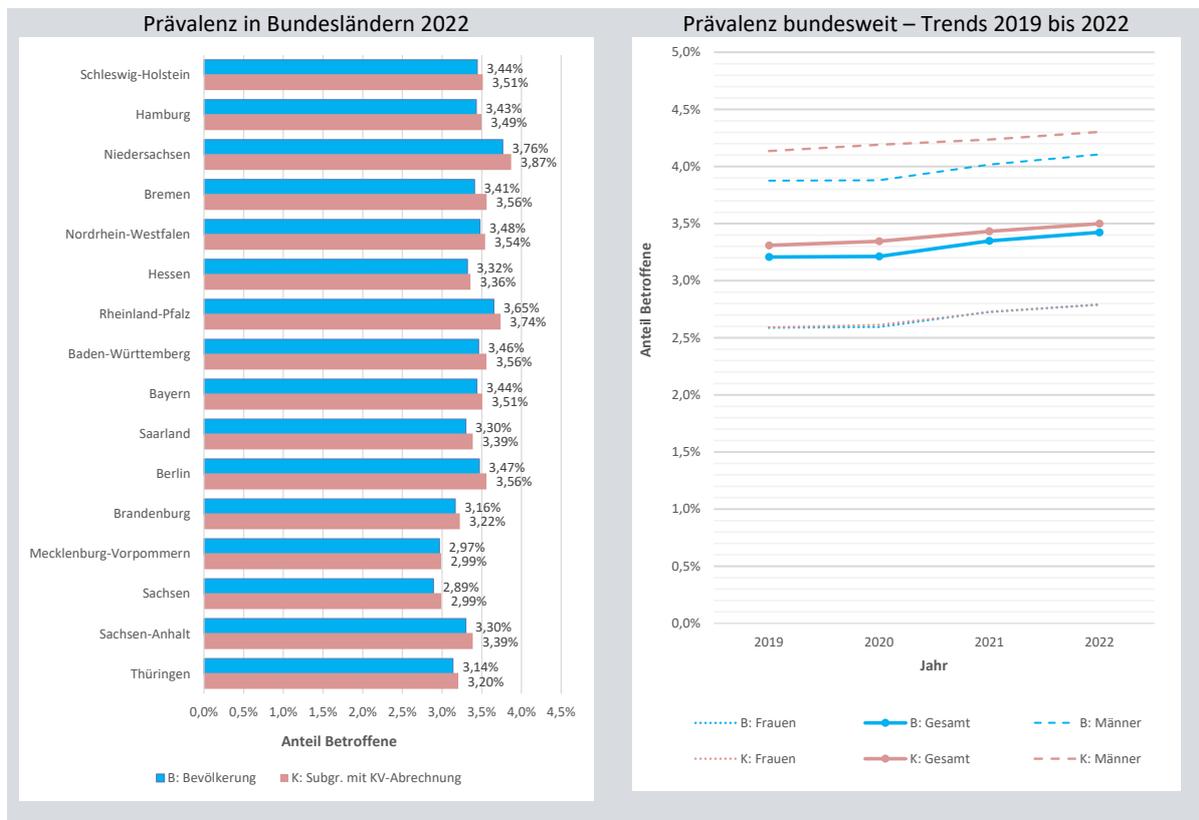
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.16.2: Verhaltensstörungen – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.16.3: Verhaltensstörungen – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.16.1: Verhaltensstörungen – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	3,88%	2,59%	3,21%
	2020	B	3,88%	2,60%	3,21%
	2021	B	4,02%	2,73%	3,35%
	2022	B	4,11%	2,79%	3,42%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	3,72%	2,48%	3,08%
	2020	BK	3,73%	2,49%	3,09%
	2021	BK	3,86%	2,62%	3,22%
	2022	BK	3,95%	2,68%	3,29%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	4,13%	2,59%	3,31%
	2020	K	4,19%	2,61%	3,35%
	2021	K	4,24%	2,72%	3,43%
	2022	K	4,30%	2,79%	3,50%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,067	1,001	1,032
	2020	K vs. B	1,080	1,007	1,041
	2021	K vs. B	1,054	0,999	1,025
	2022	K vs. B	1,048	0,999	1,022
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.9460	.9971	.9876
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	1,059	1,078	1,067
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	1,041	1,076	1,058
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9991	.9996	.9995
	2020	K, B	.9989	.9995	.9995
	2021	K, B	.9994	.9994	.9997
	2022	K, B	.9995	.9997	.9997
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9969	.9917	.9969
	2020	K, B	.9968	.9940	.9973
	2021	K, B	.9948	.9934	.9948
	2022	K, B	.9909	.9971	.9931

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.17 Verletzungen des Kniegelenks

Die Auswahl beschränkt sich hier auf die ICD-10-Diagnose „Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes“. Auch bei ausschließlicher Dokumentation der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird nur die Dokumentation einer Diagnose innerhalb des Beobachtungsjahres vorausgesetzt.

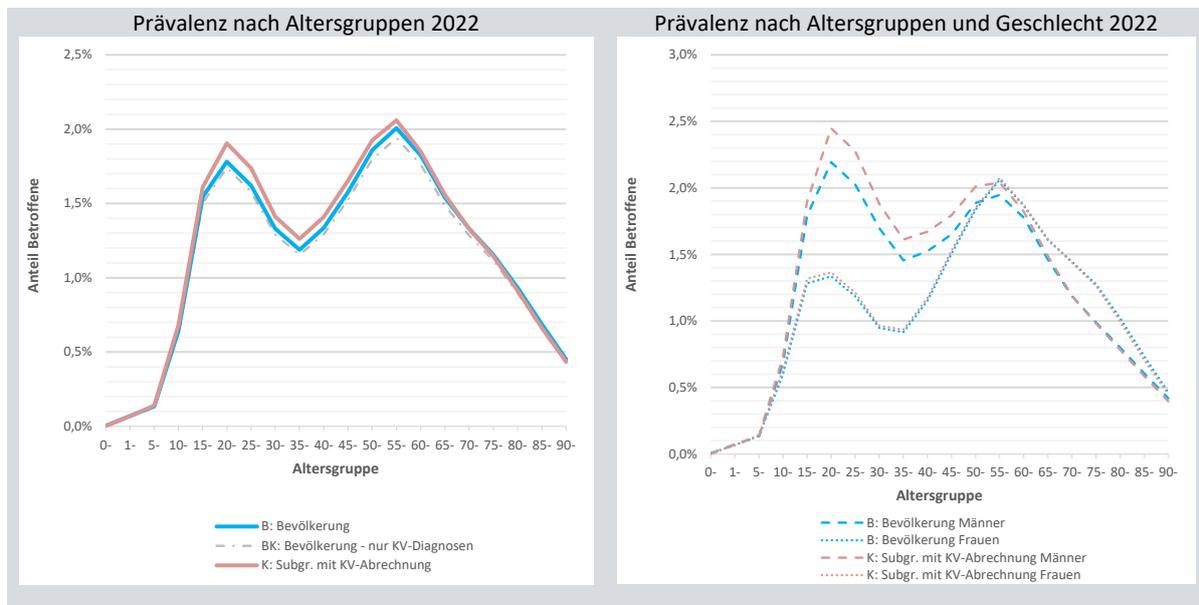
ICD-10-Kodes Diagnosen	ATC-Kodes Arzneimittel	Regeln
S83		B: Stat. Diagnose ODER amb. Diagnosen [G]
Anmerkungen/Definition: ergänzt		K: KV-Diagnosen [G]

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten;
K: Auswertungen von ausschließlich KBV-seitig verfügbarer Daten

Die Diagnoseprävalenz der Verletzungen des Kniegelenkes zeigt altersabhängig zwei Gipfel. Während bei Männern der erste Gipfel in der Altersgruppe 20 bis 24 Jahre deutlich höher als bei Frauen ausfällt, bewegen sich die Prävalenzschätzer beim zweiten Gipfel im Alter von 55 bis 59 Jahren bei beiden Geschlechtern auf einem ähnlichen Niveau. Geschlechts- und altersübergreifend ergibt sich nach standardisierten Auswertungen sektorenübergreifender BARMER-Daten für GKV-Versicherte im Jahr 2022 (gem. B) eine Diagnoseprävalenz von 1,34 %, wobei 96,8 % der Betroffenen auf Basis grundsätzlich KBV-seitig verfügbarer Diagnoseinformationen identifiziert werden konnten.

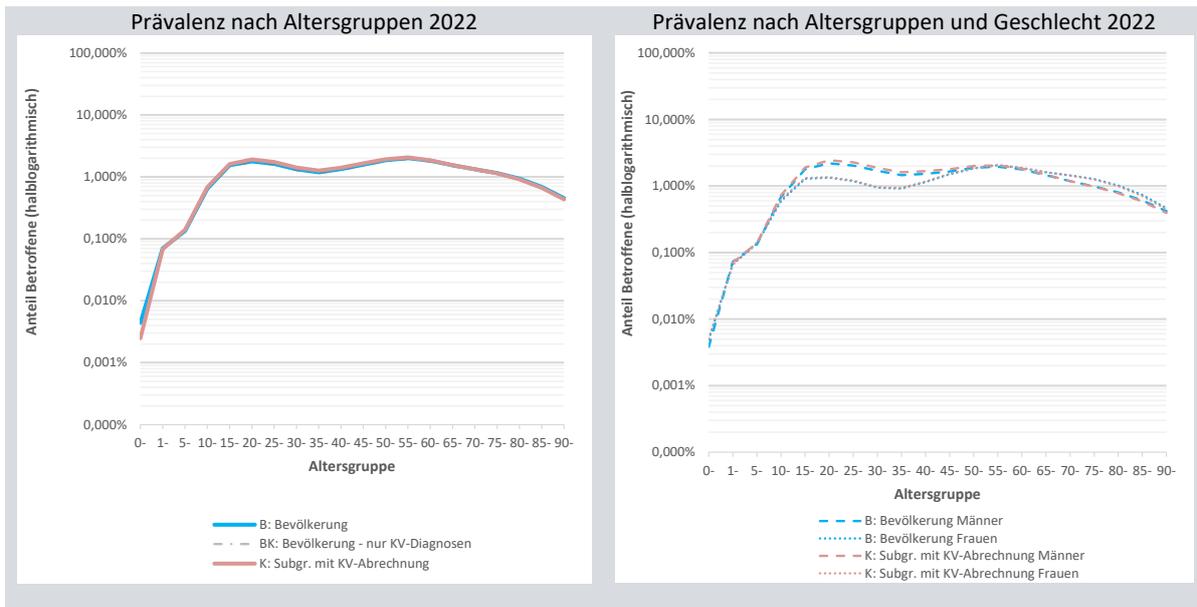
Unter Zugrundelegung der Personen mit ambulant-kassenärztlichen Abrechnungen als Nenner (gem. K) ergab sich 2022 eine Diagnoseprävalenz von 1,38 %. Der basierend auf sektorenübergreifend verfügbaren Daten und Versicherungshistorien ermittelte Schätzer wurde damit 2022 anteilig um 3,1 % überschritten. Alters- und bundeslandspezifische Ergebnisse der beiden Schätzungen gem. Variante K und B korrelierten dabei mit $r = .9985$ bzw. $r = .9973$. Für Schätzungen von Trends über die vier Jahre von 2019 bis 2022 ließ sich bei geschlechtsübergreifenden Werten mit vergleichsweise niedrigen Werten 2020 und 2021 ein Korrelationskoeffizient von $r = .984$ ermitteln.

Abbildung 3.17.1: Knieverletzungen – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022



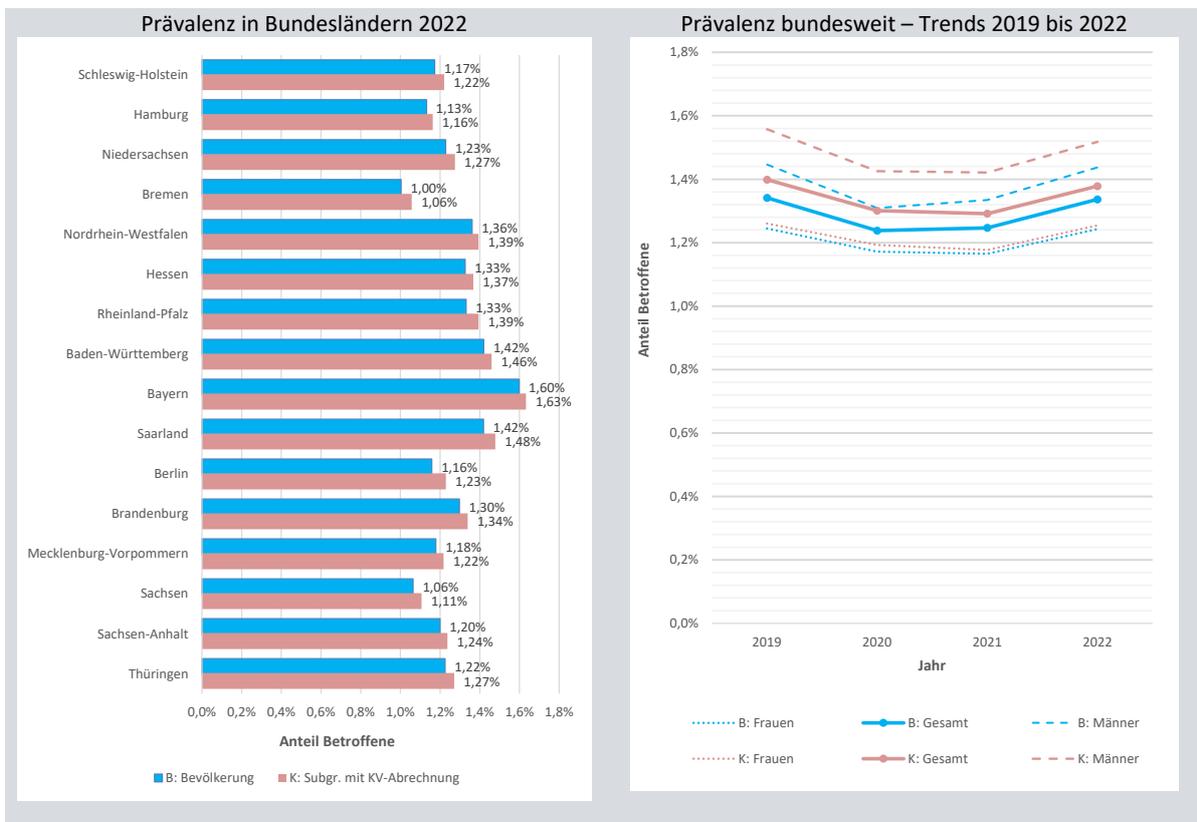
B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.17.2: Knieverletzungen – Diagnoseprävalenzen nach Alter sowie nach Geschlecht und Alter 2022 – halblogarithmische Darstellung (konstante Achsenskalierung)



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: n = 8 601 031 BARMER-Versicherte, stand. gemäß GKV-Population am 01.07.2022

Abbildung 3.17.3: Knieverletzungen – Diagnoseprävalenzen in Bundesländern 2022 sowie Trends 2019 bis 2022



B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

Tabelle 3.17.1: Knieverletzungen – Gegenüberstellung von Schätzwerten zu Diagnoseprävalenzen

Kennwert	Jahr	Variante	Männer	Frauen	Gesamt
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – Diagnosen sektorenübergreifend	2019	B	1,45%	1,24%	1,34%
	2020	B	1,31%	1,17%	1,24%
	2021	B	1,33%	1,16%	1,25%
	2022	B	1,44%	1,24%	1,34%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), bevölkerungsbezogene Daten – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	BK	1,40%	1,21%	1,30%
	2020	BK	1,27%	1,14%	1,20%
	2021	BK	1,30%	1,13%	1,21%
	2022	BK	1,39%	1,20%	1,29%
Ein-Jahres-Prävalenz (GKV stand.), Subgruppe mit KV-Abrechnungen – ausschließlich KV-Diagnosen	2019	K	1,56%	1,26%	1,40%
	2020	K	1,43%	1,19%	1,30%
	2021	K	1,42%	1,18%	1,29%
	2022	K	1,52%	1,25%	1,38%
Verhältnis der Prävalenzschätzer gemäß K und B (Quotienten K / B) in einzelnen Jahren	2019	K vs. B	1,077	1,012	1,043
	2020	K vs. B	1,089	1,018	1,051
	2021	K vs. B	1,065	1,011	1,036
	2022	K vs. B	1,056	1,009	1,031
Trend: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B zu Jahreswerten von 2019 bis 2022	2019 - 2022	K, B	.9667	.9954	.9839
Verhältnis Prävalenzschätzer B 2022 vs. B 2019 (Trend gemäß B)	2022, 2019	B	0,994	0,999	0,996
Verhältnis Prävalenzschätzer K 2022 vs. K 2019 (Trend gemäß K)	2022, 2019	K	0,974	0,995	0,985
Altersgruppen: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9967	.9993	.9980
	2020	K, B	.9947	.9994	.9977
	2021	K, B	.9965	.9995	.9983
	2022	K, B	.9974	.9996	.9985
Bundesländer: Korrelation der Schätzwerte gemäß K und B in einzelnen Jahren	2019	K, B	.9994	.9983	.9993
	2020	K, B	.9978	.9970	.9979
	2021	K, B	.9983	.9962	.9976
	2022	K, B	.9979	.9956	.9973

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres

3.18 Ergebnisübersichten

Für zusammenfassende Ergebnisübersichten wurden unterschiedliche Möglichkeiten erwogen. Nachfolgend für alle Jahre von 2019 bis 2022 in zwei Tabellen dargestellt sind Ergebnisse, bei denen sämtliche, und dabei auch die in Subgruppen nach Geschlecht und Alter ermittelten Differenzen der Prävalenzschätzer gemäß Variante K und B in Form von Prozentanteilen gemessen am Wert der Prävalenzschätzer für die jeweilige Erkrankung gemäß Variante B in der *Gesamtpopulation* im jeweiligen Beobachtungsjahr angegeben werden (*vgl. auch weitere Erläuterungen im Diskussionsabschnitt Darstellung und Bewertungen von Ergebnisunterschieden*)⁷. Angaben zu Unterschreitungen wurden in den Tabellen auf -50 % limitiert (primär ausschließlich, um hier eine geeignete automatische Einfärbung der Tabellenzellen in Excel zu erzielen).

Tabelle 3.18.1: Differenzen der Schätzwerte zu Diagnoseprävalenzen bei 17 Erkrankungen 2022 sowie 2019 in Prozentanteilen des Prävalenzschätzers zur Gesamtpopulation – auch für Geschlechts- und Altersgruppen

2022	Männer					Frauen					Gesamt				
	Altersgruppe				ges.	Altersgruppe				ges.	Altersgruppe				ges.
Erkrankung	0-	20-	45-	70-		0-	20-	45-	70-		0-	20-	45-	70-	
Diabetes Gesamt	0%	2%	11%	0%	7%	0%	-3%	2%	-1%	1%	0%	0%	6%	-1%	4%
KHK	0%	0%	0%	-26%	1%	0%	0%	-3%	-22%	-4%	0%	0%	-3%	-24%	-2%
Hypertonie	0%	3%	8%	-3%	5%	0%	0%	1%	-3%	1%	0%	1%	4%	-3%	3%
COPD	1%	1%	4%	-13%	3%	0%	0%	-1%	-11%	-2%	1%	0%	1%	-12%	0%
Asthma	4%	9%	6%	-1%	6%	2%	2%	2%	-2%	2%	3%	6%	4%	-2%	4%
Demenz	0%	0%	-2%	-50%	-7%	0%	0%	-2%	-50%	-13%	0%	0%	-2%	-50%	-10%
Rückenschmerz	0%	4%	3%	-8%	2%	0%	0%	-2%	-10%	-2%	0%	2%	1%	-9%	0%
Lungenkrebs	0%	0%	-20%	-50%	-16%	0%	0%	-16%	-42%	-13%	0%	0%	-18%	-50%	-14%
Herzinsuffizient	-1%	-1%	-17%	-50%	-20%	0%	-1%	-10%	-50%	-21%	0%	-1%	-14%	-50%	-21%
Psych.u.Verhaltensstör.	4%	7%	5%	-3%	5%	3%	3%	2%	-2%	2%	3%	5%	4%	-2%	3%
Depressionen	0%	6%	4%	-4%	3%	-1%	1%	1%	-5%	0%	0%	4%	3%	-4%	2%
Angststörungen	0%	6%	3%	-2%	3%	0%	1%	1%	-3%	0%	0%	5%	3%	-3%	2%
PTBS	-1%	3%	1%	-1%	0%	-5%	-7%	-4%	-1%	-5%	-3%	1%	0%	-1%	-1%
Schizophrenie	0%	2%	1%	-4%	0%	-1%	-3%	-4%	-5%	-3%	0%	-2%	-1%	-5%	-2%
Substanzmissbrauch	-2%	5%	5%	-5%	2%	-2%	-1%	-1%	-3%	-1%	-2%	1%	1%	-4%	0%
Verhaltensstör. i.d.Kindheit	9%	8%	1%	-1%	6%	3%	0%	0%	-1%	0%	6%	3%	1%	-1%	2%
Knieverletzungen	2%	15%	6%	-1%	6%	1%	2%	1%	-1%	1%	1%	7%	4%	-1%	3%

2019	Männer					Frauen					Gesamt				
	Altersgruppe				ges.	Altersgruppe				ges.	Altersgruppe				ges.
Erkrankung	0-	20-	45-	70-		0-	20-	45-	70-		0-	20-	45-	70-	
Diabetes Gesamt	0%	3%	14%	2%	10%	0%	-2%	3%	0%	1%	0%	0%	7%	1%	5%
KHK	0%	0%	3%	-25%	3%	0%	0%	-3%	-23%	-5%	0%	0%	-2%	-24%	-2%
Hypertonie	0%	3%	11%	-2%	7%	0%	0%	2%	-2%	1%	0%	2%	6%	-2%	4%
COPD	1%	2%	7%	-13%	5%	0%	0%	0%	-12%	-2%	1%	1%	3%	-12%	1%
Asthma	6%	12%	8%	-1%	8%	3%	2%	3%	-2%	2%	5%	7%	5%	-1%	5%
Demenz	0%	0%	-1%	-50%	-5%	0%	0%	-1%	-50%	-12%	0%	0%	-1%	-50%	-8%
Rückenschmerz	0%	5%	6%	-8%	4%	0%	-1%	-1%	-11%	-2%	0%	2%	3%	-10%	1%
Lungenkrebs	0%	0%	-18%	-50%	-15%	0%	-1%	-17%	-45%	-14%	0%	0%	-18%	-50%	-15%
Herzinsuffizient	0%	-1%	-18%	-50%	-20%	0%	-1%	-11%	-50%	-23%	0%	-1%	-15%	-50%	-22%
Psych.u.Verhaltensstör.	5%	9%	7%	-3%	7%	3%	2%	3%	-2%	2%	3%	6%	5%	-2%	4%
Depressionen	0%	7%	6%	-4%	4%	-1%	0%	2%	-5%	0%	0%	5%	5%	-5%	3%
Angststörungen	0%	8%	5%	-2%	4%	0%	1%	2%	-4%	0%	0%	6%	4%	-3%	3%
PTBS	-1%	5%	3%	-1%	1%	-4%	-8%	-3%	-1%	-5%	-3%	2%	1%	-1%	0%
Schizophrenie	-1%	7%	5%	-3%	2%	0%	-3%	-2%	-5%	-2%	0%	0%	1%	-4%	0%
Substanzmissbrauch	-3%	7%	7%	-6%	3%	-2%	-2%	-1%	-4%	-2%	-2%	2%	2%	-5%	0%
Verhaltensstör. i.d.Kindheit	15%	9%	2%	-1%	8%	3%	0%	1%	-1%	0%	9%	4%	1%	-1%	3%
Knieverletzungen	3%	20%	9%	-1%	8%	2%	2%	2%	-1%	1%	2%	9%	5%	-1%	4%

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres; Werte zu Unterschreitungen auf -50 % limitiert

⁷ Beispiel: 2022 wurde bei Frauen im Alter ab 70 Jahre für Lungenkrebs 2022 eine Diagnoseprävalenz von 0,604 % gemäß Variante B ermittelt, gemäß Variante K eine von 0,506 %. Die Differenz K – B ist dann -0,098 %. Die geschlechts- und altersübergreifende Diagnoseprävalenz lag gemäß Variante B 2022 bei 0,235 %. Die berechnete Differenz von 0,098 % entspricht damit einem Anteil von -41,57 % der übergreifend ermittelten Diagnoseprävalenz von 0,235 %, wobei in Tabelle 3.18.1 dann der gerundete Wert von -42 % ausgewiesen wird.

Tabelle 3.18.2: Differenzen der Schätzwerte zu Diagnoseprävalenzen bei 17 Erkrankungen 2020 sowie 2021 in Prozentanteilen des Prävalenzschätzers zur Gesamtpopulation – auch für Geschlechts- und Altersgruppen

2020	Männer					Frauen					Gesamt				
	Altersgruppe				ges.	Altersgruppe				ges.	Altersgruppe				ges.
Erkrankung	0-	20-	45-	70-		0-	20-	45-	70-		0-	20-	45-	70-	
Diabetes Gesamt	0%	3%	15%	3%	11%	0%	-3%	3%	1%	2%	0%	0%	8%	2%	6%
KHK	0%	0%	5%	-22%	5%	0%	0%	-3%	-20%	-4%	0%	0%	-1%	-21%	-1%
Hypertonie	0%	4%	12%	0%	9%	0%	0%	3%	-1%	2%	0%	2%	7%	-1%	5%
COPD	1%	2%	8%	-11%	6%	1%	0%	0%	-10%	-1%	1%	1%	4%	-10%	2%
Asthma	6%	14%	9%	0%	9%	3%	2%	3%	-1%	2%	5%	8%	6%	-1%	6%
Demenz	0%	0%	-1%	-50%	-4%	0%	0%	-1%	-50%	-11%	0%	0%	-1%	-50%	-7%
Rückenschmerz	0%	6%	7%	-6%	5%	0%	0%	0%	-8%	-1%	0%	3%	4%	-7%	2%
Lungenkrebs	0%	0%	-18%	-50%	-13%	0%	-1%	-15%	-43%	-13%	0%	0%	-17%	-50%	-13%
Herzinsuffizient	-1%	-1%	-16%	-50%	-17%	0%	-1%	-10%	-50%	-21%	0%	-1%	-13%	-50%	-19%
Psych.u.Verhaltensstör.	5%	11%	8%	-2%	8%	3%	3%	3%	-1%	3%	4%	8%	6%	-2%	5%
Depressionen	0%	9%	7%	-3%	5%	0%	1%	3%	-4%	1%	0%	6%	6%	-4%	4%
Angststörungen	1%	10%	6%	-1%	5%	1%	2%	2%	-3%	1%	1%	8%	5%	-2%	4%
PTBS	-1%	6%	3%	-1%	2%	-4%	-6%	-2%	-1%	-4%	-2%	4%	2%	-1%	0%
Schizophrenie	0%	8%	5%	-3%	3%	0%	-3%	-2%	-4%	-2%	0%	1%	2%	-4%	0%
Substanzmissbrauch	-2%	10%	9%	-5%	5%	-2%	-1%	0%	-3%	-1%	-2%	4%	4%	-4%	1%
Verhaltensstör. i.d.Kindheit	19%	11%	2%	-1%	10%	6%	0%	1%	0%	1%	12%	5%	1%	0%	4%
Knieverletzungen	2%	22%	10%	0%	9%	2%	2%	3%	-1%	2%	2%	10%	6%	-1%	5%

2021	Männer					Frauen					Gesamt				
	Altersgruppe				ges.	Altersgruppe				ges.	Altersgruppe				ges.
Erkrankung	0-	20-	45-	70-		0-	20-	45-	70-		0-	20-	45-	70-	
Diabetes Gesamt	0%	3%	10%	1%	8%	0%	-3%	2%	0%	1%	0%	0%	5%	0%	4%
KHK	0%	0%	0%	-25%	2%	0%	0%	-3%	-21%	-4%	0%	0%	-3%	-23%	-2%
Hypertonie	0%	3%	8%	-2%	6%	0%	0%	1%	-3%	1%	0%	1%	4%	-2%	3%
COPD	1%	2%	4%	-12%	3%	1%	0%	-1%	-11%	-2%	1%	1%	1%	-12%	1%
Asthma	5%	10%	6%	-1%	6%	3%	1%	1%	-2%	1%	4%	6%	4%	-2%	4%
Demenz	0%	0%	-2%	-50%	-6%	0%	0%	-2%	-50%	-13%	0%	0%	-2%	-50%	-9%
Rückenschmerz	0%	4%	3%	-7%	3%	0%	-1%	-2%	-10%	-2%	0%	2%	0%	-9%	1%
Lungenkrebs	0%	0%	-21%	-50%	-15%	0%	-1%	-16%	-43%	-13%	0%	0%	-19%	-50%	-14%
Herzinsuffizient	0%	-1%	-19%	-50%	-20%	0%	-1%	-11%	-50%	-22%	0%	-1%	-15%	-50%	-21%
Psych.u.Verhaltensstör.	5%	8%	5%	-3%	5%	3%	2%	2%	-2%	2%	4%	6%	4%	-2%	4%
Depressionen	0%	6%	4%	-4%	3%	0%	0%	1%	-5%	0%	0%	4%	3%	-4%	2%
Angststörungen	1%	7%	3%	-2%	3%	0%	0%	0%	-3%	0%	0%	5%	2%	-3%	2%
PTBS	-1%	3%	1%	-1%	1%	-3%	-8%	-5%	-2%	-5%	-2%	1%	-1%	-1%	-1%
Schizophrenie	0%	3%	1%	-3%	0%	0%	-4%	-4%	-5%	-3%	0%	-1%	-1%	-4%	-1%
Substanzmissbrauch	-2%	6%	5%	-5%	3%	-1%	-2%	-1%	-3%	-1%	-2%	2%	1%	-4%	0%
Verhaltensstör. i.d.Kindheit	17%	8%	1%	-1%	7%	6%	0%	0%	-1%	0%	11%	3%	1%	-1%	2%
Knieverletzungen	2%	16%	7%	0%	7%	1%	1%	1%	-2%	1%	2%	7%	4%	-1%	4%

B: bevölkerungsbezogene Auswertungen von sektorenübergreifend verfügbaren Daten; K: Auswertungen von ausschließlich KV-seitig verfügbarer Daten; Auswertungsbasis: BARMER-Versicherte 2019, 2020, 2021 und 2022 (n = 8 601 031 bis n = 8 818 344 Versicherte), stand. gemäß GKV-Population am 01. Juli des jeweiligen Jahres; Werte zu Unterschreitungen auf -50 % limitiert

Die Werteangabe von -50 % kennzeichnen, bedingt durch die Wertelimitierung, eine Ergebnisdifferenz bzw. Unterschreitung, die dem Betrag nach mindestens 50 % des jeweiligen Prävalenzschätzers in der Gesamtpopulation gemäß Variante B ausmacht.

4 Diskussion

Die primäre Aufgabe des hier dargestellten Projektes bestand darin, bei 17 exemplarisch ausgewählten und für Auswertungen basierend auf Routinedaten vorab operationalisierten nichtübertragbaren Erkrankungen zu prüfen, *in welchem Umfang sich jahresbezogen ermittelte Ergebnisse zu Diagnoseprävalenzen bei ausschließlicher Berücksichtigung von KBV-seitig verfügbaren Daten (gemäß Variante K) von denjenigen unterscheiden, die sich mit Rückgriff auf sektorenübergreifende Diagnoseangaben sowie Versicherungshistorien (gemäß Variante B) ermitteln lassen*. Zu allen 17 Erkrankungsbildern wird im vorliegenden Bericht eine Auswahl an methodisch gleichartig ermittelten Ergebnissen in einheitlicher Form präsentiert. Über die dargestellten Ergebnisse hinaus erhält der Auftraggeber zu diesen Erkrankungsbildern zudem eine Vielzahl an weiteren Ergebnissen zur internen Sichtung und Verwendung. Die Operationalisierungen der Erkrankungsbilder (Auswahl berücksichtigter Diagnosen und ggf. von Arzneiverordnungen sowie damit verknüpfte Regeln zur Abgrenzung von Betroffenen) waren i.d.R. vereinbarungsgemäß vorgegeben und werden insofern inhaltlich nicht weiter kommentiert.

Grundsätzliche Aspekte und Anmerkungen zur Auswertung von Routinedaten

Diagnoseangaben (sowie auch Arzneiverordnungen) werden in GKV-Routinedaten primär stets zu Abrechnungszwecken und von einer Vielzahl unterschiedlicher Personen dokumentiert, die sich in Deutschland in einem mittleren sechsstelligen Bereich bewegen dürfte. Bereits vor diesem Hintergrund können in Routinedaten dokumentierte Diagnosen nicht als Goldstandard gelten. Zur Qualität von Diagnoseangaben könnte zukünftig eine zunehmende Verbreitung der elektronischen Patientenakte beitragen, womit derartige Angaben für unterschiedliche Therapeuten und insbesondere auch betroffene Patienten sichtbar werden. Selbst unter der Annahme valider Diagnoseangaben wäre jedoch auch zukünftig bei Diagnoseangaben aus Routinedaten weiterhin zu bedenken, dass ihre Dokumentation i.d.R. ereignis- bzw. anlassbezogen erfolgt. Anders als bei Primärerhebungen kann damit in Routinedaten i.d.R. nicht auf eine Statusangabe zu allen Personen einer Untersuchungspopulation zu einem vorab definierten Zeitpunkt zurückgegriffen werden. Zugleich bieten Routinedaten jedoch auch unzweifelhafte Vorteile. Diese resultieren vorrangig zum einen aus den Größen der mit Routinedaten verfügbaren Untersuchungspopulationen sowie zum anderen aus einer nicht durch Teilnahmebereitschaften oder -möglichkeiten beschränkten Verfügbarkeit entsprechender Daten, wodurch im Falle von KBV- oder FDZ-Daten bezogen auf GKV-Versicherte sogar Vollerhebungsergebnisse zur Verfügung stehen oder stehen werden.

Anmerkungen zur Erfassung von Diagnoseprävalenzen (auch) bezogen auf Primärerhebungen

Abschätzungen zu Diagnoseprävalenzen basierend auf Routinedaten können schwerlich einen Goldstandard bilden. Ähnliches gilt in der Praxis i.d.R. jedoch auch für Prävalenzabschätzungen basierend auf Primärerhebungen (zumindest in größeren Populationen). Vermeintlich einfache Fragen nach dem Vorliegen von Erkrankungen können von Befragten nur mit einem bestimmten Verständnis, Wissen und Wollen beantwortet werden. Korrekte Antworten hängen davon ab, ob von Behandlerinnen oder Behandlern zuvor korrekte Informationen verständlich kommuniziert wurden. Auch validierte Erhebungsinstrumente bilden mit ihren Ergebnissen im Einzelfall nicht zwangsläufig auch den eigentlich intendierten und durch Skalenwerte suggerierten Zustand ab. Vor diesem Hintergrund können oder sollten **Prävalenzschätzungen** im Hinblick auf viele Erkrankungen eher als **Indikator für die Größenordnung eines realen Problems** interpretiert werden, was ähnlich für Abschätzungen basierend auf Primärerhebungen und Abschätzungen basierend auf Routinedaten gilt.

Formale Aspekte und Anmerkungen zur vorgelegten Gegenüberstellung

Ideal wäre für die hier verfolgten Auswertungsziele eine direkte Gegenüberstellung von Ergebnissen basierend auf aktuellen KBV-Daten und auf Daten des FDZ Gesundheit gewesen. Dass eine derartige Gegenüberstellung in Bezug auf die FDZ-Daten aktuell nicht realisierbar ist, bildet den maßgeblichen Anlass für das vorliegende Projekt. Für die Auswertungen konnten anstelle der idealtypischen Daten die Daten der

BARMER zu den Jahren von 2019 bis 2022 genutzt werden, welche Informationen mehr als zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland umfassen, wofür der BARMER an dieser Stelle ausdrücklich gedankt sei. Abweichungen der BARMER-Versichertenpopulation von der Gesamtgruppe der GKV-Versicherten wurden im Hinblick auf die Merkmale Geschlecht, Alter sowie Wohnregion durch eine Gewichtung oder entsprechende Standardisierung ausgeglichen. Bei den primär vorgenommenen Gegenüberstellungen von Ergebnissen zu Diagnoseprävalenzen gemäß Variante B und K spielt dabei die mit der Gewichtung angestrebte Repräsentativität der Ergebnisse in der Regel allenfalls eine moderate Rolle, da sich ggf. bestehende Abweichungen überwiegend gleichartig auf beide Auswertungsvarianten auswirken sollten. Ein tendenziell größerer Unsicherheitsfaktor dürfte daraus resultieren, dass mit den BARMER-Daten die zumindest noch vor mehreren Jahren existierenden Unschärfen bei der Differenzierung von einzelnen Versicherten in den KBV-Daten nicht mit BARMER-Daten „simuliert“ bzw. nachgebildet werden konnten. Geht man davon aus, dass derartige Probleme in KBV-Daten – auch im Zuge der Einführung der lebenslangen Versichertennummer – zwischenzeitlich minimiert wurden, dürfte auch dies keine wesentliche Einschränkung mehr sein.

A priori erwartbare Unterschiede

Bereits vor Beginn der Auswertungen zum vorliegenden Projekt ließen sich einige Erwartungen im Hinblick auf die Richtung von Ergebnisunterschieden bei den zwei (beziehungsweise drei) Auswertungsvarianten B und K (sowie BK) formulieren. Da entsprechende Erwartungen auch für die Interpretation der Ergebnisse relevant erscheinen, sollen sie an dieser Stelle gelistet werden:

- (1) Die gemäß Variante BK nur ergänzend ermittelten Ergebnisse (basierend ausschließlich auf auch KBV-seitig vorliegenden Diagnoseangaben, jedoch mit definiertem Bezug auf die Gesamtzahl der idealtypisch beobachtbaren Versicherten) können Ergebnisse gemäß Variante B niemals übersteigen, da bei Variante BK nur eine Teilmenge der sektorenübergreifend dokumentierten Diagnosen gemäß B auf den unveränderten Nenner wie bei B bezogen wird. Entsprechend sollte auch ein Bezug der nach KBV-Daten ermittelten Betroffenenzahlen auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten gemäß GKV-Statistiken stets zu einer ggf. reduzierten Diagnoseprävalenzen führen. Abweichungen von dieser Regel können nur durch artifizielle Effekte resultieren (z.B. durch Mehrfachberücksichtigung von Personen bei der Zählerbestimmung oder durch fehlerhafte GKV-Statistiken).
- (2) Bedingt durch den regelmäßig vergleichsweise großen Anteil jüngerer Männer ohne einen Kontakt zur ambulanten Versorgung innerhalb eines Beobachtungsjahres ist bei Variante K (bedingt durch eine entsprechende Verkleinerung des Nenners) insbesondere in dieser Personengruppe tendenziell mit höheren Diagnoseprävalenzschätzern als gemäß Variante B zu rechnen.
- (3) Insbesondere Diagnoseprävalenzen vorrangig stationär dokumentierter Erkrankungen dürften in Variante K im Vergleich zu Variante B demgegenüber tendenziell eher unterschätzt werden. Größere Unterschiede wären vorrangig bei Betrachtungen von sehr ungewöhnlichen oder sehr differenziert ausgewiesenen Diagnosen und bei denjenigen Diagnosen zu erwarten, die im Kontext von Sterbefällen im Rahmen der stationären Behandlung häufiger eine Rolle spielen (z.B. Sepsis, unterschiedliche Formen des Organversagens, Polytraumata o.ä.). Zudem könnten bestimmten Diagnosen aufgrund einer im stationären Kontext höheren Bedeutung für den Betreuungsaufwand und einer entsprechend höheren Abrechnungsrelevanz dort regelmäßiger als im Rahmen der ambulanten Versorgung dokumentiert werden.

Besonderheiten hinsichtlich des Beobachtungszeitraums

Bedingt durch die Coronapandemie zeigte sich insbesondere im Jahr 2020, jedoch auch in den darauffolgenden zwei Jahren, eine außergewöhnliche Nutzung von Sektoren der gesundheitlichen Versorgung, die mit den in Tabelle 3.1 dargestellten geschlechts- und altersspezifischen Kontaktraten zur ambulanten Versorgung nur ansatzweise zum Ausdruck kommt. Die Veränderungen der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung ab 2020 können bislang – und bezogen auf Zeiten, in denen Gesundheitsdaten in Deutschland in größerem Umfang routinemäßig EDV-technisch erfasst wurden – als einmalig gelten. Da mit den Veränderungen auch die Gegenüberstellungen der beiden Schätzvarianten B und

K beeinflusst werden, war die Auswahl des vorrangig dargestellten Auswertungsjahres nicht einfach. Um möglichst aktuelle Ergebnisse präsentieren zu können, wurde für detailliertere Darstellungen im vorliegenden Bericht das Jahr 2022 gewählt, obwohl mit Ergebnissen zum Jahr 2019 auch eher als „gewöhnlich“ zu bezeichnende Ergebnisse zur Verfügung gestanden hätten. Detaillierte Ergebnisse zum Jahr 2019 stehen dem RKI bei Bedarf jedoch in Form interaktiver Excel-Darstellungen in gleicher Form wie die hier für 2022 dargestellten Ergebnisse zur Verfügung. Hinsichtlich der Übereinstimmung von Trends gemäß Variante B und K in den Jahren 2019 bis 2022 dürften die Besonderheiten in der Regel zu geringeren Übereinstimmungen als bei Trends in vorausgehenden Jahren geführt haben.

Darstellung und Bewertungen von Ergebnisunterschieden

Dass unterschiedliche Wege der Berechnung von Kennwerten zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, ist zu erwarten und insofern als grundsätzliche Beobachtung trivial. Keineswegs trivial sind eine umfassende und zugleich übersichtliche Darstellung sowie die inhaltliche Bewertung der ermittelten Unterschiede hinsichtlich ihrer Relevanz. In den Abschnitten 3.1 bis 3.17 wurden zunächst umfangreiche Ergebnisse zu den einzelnen Erkrankungen und Erkrankungsgruppen nach einheitlichem Vorgehen dargestellt. Auch in Abbildungen dargestellt sind dabei Abhängigkeiten der Diagnoseprävalenzschätzer vom Geschlecht, Alter und der Wohnregion 2022 sowie Veränderungen in den Jahren von 2019 bis 2022. Gemeinsam mit tabellarischen Darstellungen sowie ergänzend bereitgestellten Ergebnissen sollte so die Basis für eine umfassende Einschätzung der erwartbaren Differenzen zwischen den beiden Auswertungsvarianten für die einzelne Erkrankungsbilder vorliegen, auf die im Rahmen der vorliegenden Diskussion nur punktuell eingegangen werden kann.

Für Abschnitt 3.18 wurden Möglichkeiten geprüft, wesentliche Resultate mit grundlegenden Differenzierungen von Subgruppen in vergleichbarer Form zu möglichst allen Erkrankungsbildern in einer Übersicht präsentieren zu können. Bei einer einheitlichen Darstellung der (absoluten) *Differenzen von Schätzwerten* gemäß Variante K und B wären relevante Unterschiede bei selteneren Erkrankungen nicht sichtbar gewesen. Darstellungen von *relativen Abweichungen der Schätzwerte* hätten demgegenüber innerhalb einiger Subgruppen mit sehr niedrigen Prävalenzschätzern (z.B. Demenz bei Personen im Alter von unter 20 Jahren) zu einer Betonung inhaltlich wenig relevanter Abweichungen geführt, die dann – trotz der insgesamt großer Untersuchungspopulation – teilweise auch rein zufallsbedingt zu erwarten gewesen wären und i.d.R. keinen nennenswerten Beitrag zur Bewertung geliefert hätten.

Für die Darstellungen im Bericht wurde vor diesem Hintergrund eine *Kombination beider Vorgehensweisen* gewählt (erdacht), die zumindest einige Probleme anderweitiger Darstellungen umgeht und aus Sicht der Autoren eine gute Übersicht über die Ergebnisse zu allen 17 Erkrankungen ermöglicht (inwiefern vergleichbare Darstellungen bereits zuvor verwendet wurden, wurde nicht recherchiert). Für die Darstellungen in den beiden Tabellen 3.18.1 und 3.18.2 wurden (auch) die für alle Subgruppen ermittelten (absoluten) Differenzen zwischen den Prävalenzschätzer gemäß Variante K und B stets als Prozentanteile der Prävalenzschätzer der jeweils betrachteten Erkrankung für die Gesamtpopulation gemäß Variante B angegeben. Damit können bei den Betrachtungen von Abweichungen die sehr unterschiedliche Gesamtprävalenzen der einzelnen Erkrankungen in einer geeigneten Form berücksichtigt werden, ohne zugleich rechnerisch große, jedoch zum Teil dann auch zufällig bedingte relative Abweichungen in einigen Subgruppen mit extrem geringen Diagnoseprävalenzen ungewollt hervorzuheben. Englisch könne man von „**difference (shown) as a percentage of the total mean**“ (DPTM) sprechen. Die ermittelten Werte wurden hier dann mit Rückgriff auf von MS-Excel angebotene bedingte Formatierungen in Tabellen automatisiert im Sinne von Heatmaps eingefärbt (ohne ein sicher optimaler vorstellbares Farbschema selbst vorzugeben). Überbetont werden beim DPTM-Vorgehen tendenziell Differenzen in Subgruppen mit außergewöhnlich hohen Prävalenzschätzern (hier zumeist bei Personen in hohem Alter), was dann allerdings i.d.R. mit dem Eindruck übereinstimmt, den auch die inhaltlich entsprechenden grafischen Darstellungen zur Altersabhängigkeit vermitteln. Die besondere Herleitung der in Tabelle 3.18.1 und 3.18.2 ausgewiesenen DPTM-Prozentwerte ist bei der Interpretation stets zu beachten. Ausschließlich die in der rechten Spalte für

die Gesamtgruppen ausgewiesenen DPTM-Prozentwerte entsprechen exakt auch den direkt ermittelten relativen Abweichungen von Ergebnissen gemäß Variante K im Vergleich zu Variante B.

- Insgesamt fassen die tabellarischen Darstellungen in Kapitel 3.18 die differenziert in Kapitel 3.1 bis 3.17 dargestellten geschlechts- und altersabhängigen Einzelergebnissen zu 17 Erkrankungsbildern im Jahr 2022 nach einer vergleichenden Sichtung und Gegenüberstellung augenscheinlich angemessen zusammen.
- Dabei zeigen die Darstellungen in den **Ergebnisübersichten** des Kapitels 3.18 zu allen vier Jahren erstaunlich konstante Muster. Grundlegende Aussagen zu Differenzen der Prävalenzschätzer gemäß Variante K und B dürften demnach – zumindest im Wesentlichen – bei den 17 Erkrankungen für alle vier Jahre gelten.
- **Bei lediglich 3 von 17 Krankheitsbildern** wurden 2022 mit den **Prävalenzschätzern zur Gesamtpopulation** gemäß Variante K die gemäß Variante B ermittelten Prävalenzen **um zehn oder mehr Prozent unterschritten**, nämlich bei **Demenz, Lungenkrebs und Herzinsuffizienz**, was vorrangig aus deutlichen Unterschreitungen bei Personen in höherem Alter resultiert. In den übrigen drei Jahren von 2019 bis 2021 galt dies nur für die beiden letztgenannten Erkrankungen, für die zudem sowohl bei Männern als auch bei Frauen bei Variante K (wie auch 2022) deutliche Unterschreitungen auch für die Altersgruppe von 45 bis unter 70 Jahre nachweisbar waren.
- Ausschließlich im Alter ab 70 Jahre waren Unterschreitungen in einem zweistelligen Prozentbereich ansonsten auch bei der **KHK** sowie, weniger stark ausgeprägt, auch bei der **COPD** in allen Jahren nachweisbar. Offensichtliche **Unterschätzungen** der Prävalenzen gemäß B sind bei Abschätzungen gemäß Variante K demnach **im Alter ab 70 Jahre** insbesondere bei den vier Erkrankungen KHK, Demenz, Lungenkrebs und Herzinsuffizienz zu erwarten. Dies steht im Einklang mit den Erläuterungen zu a priori erwartbaren Unterschieden, die unter Punkt (3) erläutert sind.
- **Bei den 12 bislang nicht explizit erwähnte Erkrankungsgruppen** (von insgesamt 17) zeigten sich **für Frauen** bei den Gegenüberstellungen von Ergebnissen gemäß Variante K im Vergleich zu Variante B i.d.R. **allenfalls moderate Differenzen**. Erwähnenswert erscheinen hier lediglich merkliche Unterschätzungen der Diagnoseprävalenz von Rückenschmerzen im Alter ab 70 Jahre sowie auch die moderaten Unterschätzungen der PTBS bei Frauen in allen Altersgruppen. Offensichtlich wird eine PTBS in einem hier relevant erscheinenden Umfang in den sektorenübergreifenden Daten erfasst, ohne in kassenärztlichen Abrechnungsdaten dokumentiert zu sein. Ansonsten zeigen sich für die 12 Erkrankungsgruppen bei Frauen nur geringfügige Abweichungen.
- Während bei Frauen gemäß Variante K die sektorenübergreifend ermittelten Prävalenzen gemäß Variante B häufiger in einzelnen Altersgruppen unterhalb von 70 Jahren leicht unterschritten werden, lassen sich **bei Männern** in den Altersgruppen bis einschließlich zur Vollendung des 70. Lebensjahres **überwiegend Überschreitungen** bzw. DPTM-Werte oberhalb von 0 % feststellen. Die festgestellten Überschreitungen sind dabei auf die a priori erwartbaren Unterschiede gemäß den Erläuterungen zu Punkt (2), also eine artifizielle Verkleinerung des regulären Nenners bei Berechnungen zu Variante K, zurückzuführen, wobei der Effekt bei Frauen aufgrund der deutlich regelmäßigeren Kontakte zur ambulanten KV-Versorgung kaum eine Rolle spielt.

Obwohl die bei Männern festgestellten Überschätzungen von Diagnoseprävalenzen durch die Reduktion der Nenner-Population von den eigentlich betrachteten GKV-Versicherten auf die Subgruppe der „ambulant behandelten Patienten“ zunächst als „artifiziell“ gelten muss, muss sie allerdings nicht zwangsläufig inhaltlich stets weniger valide Ergebnisse liefern. Dies gilt insbesondere für Erkrankungen, die per se nicht weitgehend zwangsläufig zu Praxisbesuchen führen und (zunächst) weitgehend ohne Beschwerden verlaufen. So ließe sich beispielsweise im Hinblick auf die Hypertonie argumentieren, dass Effekte einer Unterschätzung der Diagnoseprävalenz durch jüngeren Menschen ohne Kontakt zur ambulanten Versorgung (in Variante B) zu einem weniger validen Abbild der Realität als „artifizielle“ Korrekturen durch eine Beschränkung der Auswertungen auf ambulant behandelte Patienten in Variante K führen. Da weder Diagnoseprävalenzen nach Variante B noch die nach Variante K den Anspruch erheben können, reale Erkrankungsprävalenzen im Sinne eines Goldstandards abzubilden, können auch beide Varianten im Sinne von Indikatoren für die Realität mit bestimmten Aussagemöglichkeiten nebeneinander Bestand haben.

Ergebnisse auf regionaler Ebene der Bundesländer

Gegenüberstellungen von Diagnoseprävalenzschätzungen gemäß der Varianten B und K werden im vorliegenden Bericht auch für Bundesländer (gemäß Wohnregion der Versicherten) präsentiert. Bei allen Auswertungen korrelierten geschlechtsübergreifende und -spezifische Schätzungen mit Korrelationskoeffizienten $r > .94$ (nach Pearson), nur bei fünf Erkrankungsbildern wurde ein Wert von $r = .99$ unterschritten (Demenz, Lungenkrebs, Psychische Störungen, Depressionen, Angststörungen). Demnach werden auch regionale Unterschiede mit beiden Varianten zumeist in sehr ähnlicher Form wiedergegeben.

Analog wie bei Übersichtsdarstellungen zu Differenzen in Geschlechts- und Altersgruppen werden in den beiden Tabellen 3.18.3 und 3.18.4 Differenzen zwischen Ergebnissen gemäß Variante K und B in einzelnen Bundesländern zu allen 17 Erkrankungsbildern in Prozentanteilen des Prävalenzschätzers zur Gesamtpopulation angegeben (aufgrund der eher geringen Unterschiede zwischen den Bundesländern hätten hier Darstellungen relativer Abweichungen innerhalb der Bundesländer ein sehr ähnliches Bild ergeben). Auch hier imponieren auf den ersten Blick die sehr ähnlichen Muster der Darstellungen zu allen vier Beobachtungsjahren, was als ein Hinweis auf eine zeitliche Konstanz der beobachteten Differenzen über alle vier Jahre gedeutet werden kann. Die vergleichsweise deutlichen Unterschätzungen von Prävalenzen durch Variante K bei der Demenz sowie insbesondere bei Lungenkrebs und Herzinsuffizienz treten mit graduellen Abweichungen in allen Bundesländern (als horizontale Balken) zutage.

Als vertikale Struktur heben sich in Tabelle 3.18.3 und 3.18.4 insbesondere Ergebnisse zu Berlin ab (mit der Bundeslandkennung 11). Im Hinblick auf alle Erkrankungen unter Ausnahme der Schizophrenie resultieren in Berlin mit Variante K stärkere Differenzen zu Variante B als bei den entsprechenden Gegenüberstellungen bundesweiter Ergebnisse zu Varianten K und B, und zwar im Sinne von stärkeren Überschätzungen von Diagnoseprävalenzen durch Variante K (bzw. geringer stark ausgeprägter Unterschätzungen). Dies könnte mit einem – gemessen an bundesweiten Ergebnissen – relativ hohen Anteil von Personen in Berlin ohne Kontakt zur ambulanten Versorgung einerseits trotz des andererseits zugleich relativ großen ambulanten Versorgungsangebots zusammenhängen, welches in Berlin dann auch mit populationsbezogen vergleichsweise wenigen Behandlungen in Krankenhäusern verknüpft ist. Genauere Analysen hierzu waren im zeitlichen Rahmen des vorliegenden Projektes nicht möglich.

Ergebnisse im Hinblick auf Trends über die vier Beobachtungsjahre

Aussagen zu zeitlichen Trends bilden bei Betrachtungen von Prävalenzen inhaltlich oftmals relevante Inhalte. Werden Diagnoseprävalenzen primär im Sinne von Indikatoren (und weniger als (absolute) Schätzer der realen Krankheitslast) interpretiert, können Aussagen zu Trends im Sinne relativer Veränderungen auch dann noch bedeutsam und inhaltlich korrekt sein, wenn sich die Schätzwerte auf einem anderen Niveau als die reale Krankheitslast bewegen. Zu allen 17 Erkrankungsbildern wurden Korrelationen der Diagnoseprävalenzen in den vier Jahren gemäß der beiden Varianten K und B geschlechtsspezifisch sowie auch bezogen auf die Gesamtgruppenergebnisse ermittelt, womit je Erkrankungsbild drei Korrelationskoeffizienten vorliegen. Verändern sich Prävalenzschätzwerte nach beiden Varianten von Jahr zu Jahr gleichartig, sollten hohe Korrelationskoeffizienten resultieren.

Bei sechs der 17 Erkrankungsbilder lagen alle drei Koeffizienten oberhalb von $r = .9$ (**COPD, Demenz, Angststörungen, PTBS, Verhaltensstörungen i.d. Kindheit sowie bei Knieverletzungen**) – hier ist bereits aufgrund der ermittelten Koeffizienten davon auszugehen, dass **Trends** mit beiden Varianten (in den betrachteten Jahren) **auch bei geschlechtsspezifischen Betrachtungen gleichartig dargestellt** werden. Bei den sechs Erkrankungsbildern ließen sich geschlechtsübergreifend stets Korrelationen mit $r > .96$ ermitteln, bei Frauen mit $r > .98$ und bei Männern mit $r > .92$.

Bei sieben weiteren Erkrankungsbildern erreichten zumindest Korrelationen zu geschlechtsübergreifenden Ergebnissen Werte mit $r > .9$ (bzw. konkret $> .93$; **KHK, Asthma, Rückenschmerzen, Lungenkrebs, Depressionen, Schizophrenie, Substanzmissbrauch**). Unter Frauen waren für sechs der sieben

Erkrankungsbilder auch hier Korrelationen mit $r > .98$ nachweisbar (Ausnahme: Substanzmissbrauch mit $r = .966$), womit **Trends bei Frauen mit beiden Varianten gleichartig dargestellt** werden. Bei Männern zeigt sich mit Koeffizienten zwischen $.08$ und $.85$ hinsichtlich der Korrelationen demgegenüber eine große Variationsbreite. Der mit $r = .08$ kleinste Korrelationskoeffizient zeigt sich hinsichtlich des Trends bei Lungenkrebsdiagnosen. Er lässt sich aus den im Beobachtungszeitraum weitgehend unveränderten Diagnoseprävalenzen bei Männern erklären und weist insofern nicht auf widersprüchliche Ergebnisse hin. Eine weitgehend vergleichbare Aussage lässt sich auch im Hinblick auf Diagnoseprävalenzen zur Schizophrenie bei Männern formulieren, die mit $r = .19$ korreliert sind. Bei den verbleibenden fünf Erkrankungsbildern lassen sich auch bei Männern stets Koeffizienten $> .75$ beobachten, Ergebnisse zu Trends unterscheiden sich eher graduell.

Bei den verbleibenden vier der 17 Erkrankungsbilder ergaben sich auch geschlechtsübergreifend nur Korrelationen der Diagnoseprävalenzschätzer zu vier Jahren gemäß der beiden Varianten mit $r < .9$. Die Erkrankungsgruppe der **psychischen und Verhaltensstörungen** zeigt dabei mit einer geschlechtsübergreifend ermittelten Korrelation von $r = .87$ und einer Korrelation bei Frauen $> .98$ einen Befund, der ähnlich wie in der zuvor diskutierten Gruppe von sieben Erkrankungen ausfällt. Hier führt ein im Vergleich zu 2019 und 2020 etwas höheres Niveau der Diagnoseprävalenzen nach sektorenübergreifend dokumentierten Daten gemäß Variante B in den beiden Jahren 2021 und 2022 (welches in Variante K nicht abgebildet wird) dazu, dass bei Männern nur ein Koeffizient von $r = .60$ ermittelt wird.

Auch bei der **Herzinsuffizienz** korrelieren Werte bei Frauen noch mit $r = .92$., wohingegen sich bei Männern ein Koeffizient von $-.08$ zeigt. Während bei Männern gemäß Variante B der höchste Schätzer 2019 und der niedrigste 2020 resultierte, lag gemäß Variante K bei insgesamt deutlich niedrigeren Schätzwerten der Schätzer 2020 (wohl mitbedingt durch eine Verkleinerung des Nenners) am höchsten. Da sich auch bei der Herzinsuffizienz Prävalenzschätzer nach beiden Varianten in den vier Jahren nur in einem geringen Umfang veränderten, sollte die fehlende Korrelation bei Männern nicht überbewertet werden.

Auch hinsichtlich der beiden verbleibenden Erkrankungsbilder **Diabetes** sowie **Hypertonie** haben sich die Diagnoseprävalenzen in den betrachteten vier Jahren nur geringfügig verändert, was hier der maßgebliche Grund für die bei Frauen im Falle der Hypertonie mit $r = .71$ nur relativ geringen und die bei Männern dann negativen Korrelationen mit $-.44$ bei Hypertonie und $-.91$ bei Diabetes bilden dürfte.

Resümee

Insgesamt zeigen sich bei den betrachteten Erkrankungen i.d.R. sehr ähnliche Ergebnisse zu Diagnoseprävalenzen. Dies gilt insbesondere für die Ergebnisse bei Frauen bzw. weiblichen Personen. Demgegenüber werden Prävalenzen bei Männern mit den Ergebnissen gemäß Variante K im Vergleich zu Varianten B – im Einklang mit den Erwartungen – oftmals leicht überschätzt. Unterschätzungen von Prävalenzen unterschiedlichen Umfangs zeigen sich in Variante K im Vergleich zu Varianten B regelmäßig in höheren Altersgruppen ab 70 Jahre sowie bei drei der 17 Erkrankungsbilder, welche Menschen vor Vollendung des 40. Lebensjahres nur ausgesprochen selten betreffen (Herzinsuffizienz, Lungenkrebs und Demenz). Dabei erwiesen sich die beobachteten Unterschiede in den vier Beobachtungsjahren als überraschend konstant. Mit scheinbar widersprüchlichen Aussagen zu Trends ist nach der vorliegenden Betrachtung zu den vier Beobachtungsjahren gemäß der beiden Varianten in erster Linie dann zu rechnen, wenn innerhalb des Zeitraums kaum Veränderungen beobachtet werden konnten, also letztendlich in den exemplarisch betrachteten Ergebnissen auch keine inhaltlich besonders bedeutsamen Trends feststellbar waren. Betrachtet man Diagnoseprävalenzen gemäß der beiden Varianten primär als Indikatoren für gesundheitliche Probleme, sollte eine Interpretation dieser Indikatoren nach den vorliegenden Ergebnissen i.d.R. zu inhaltlich übereinstimmenden Schlussfolgerungen führen. Aufgrund systematischer Unterschiede sollten dabei allerdings jeweils ausschließlich Zeitreihen von Kennwerten gemäß einer der beiden Variante betrachtet werden – eine Vermengung von Kennwerten aus beiden Varianten sollte vermieden werden.

Alle im vorliegenden Bericht präsentierten Ergebnisse beruhen auf Auswertungen von populationsbezogen gewichteten Daten einer Krankenkasse, wobei die Aussagekraft der präsentierten Ergebnisse weniger von einer möglicherweise nicht vollständigen Repräsentativität der Prävalenzschätzer als durch eine

eingeschränkte Nachbildbarkeit von Besonderheiten von kassenübergreifenden Datenquellen eingeschränkt sein könnte. Sowohl die Autoren als auch die Initiatoren der vorliegenden Untersuchung wären – auch unabhängig von der hier fokussierten Frage – sehr interessiert, an einer Diskussion von hier beschriebenen Kennzahlen teilnehmen zu können, die auf Basis von Daten zur Gesamtheit der GKV-Versicherten ermittelt wurden.