

dass die Gefahrenlage hier besser bekannt ist und dass den Sartanen als „modernere“ Arzneigruppe nicht nur therapeutische Vorteile sondern auch eine größere Anwendungssicherheit in der Schwangerschaft unterstellt wird.

Eine Behandlung mit Sartanen im zweiten und dritten Trimenon kann Nierenfunktionsstörungen beim Feten, Oligo- oder Anhydramnion, Kontrakturen, mangelnde Schädelverknöcherung, Lungenhypoplasie und dialysepflichtiges Nierenversagen beim Neugeborenen verursachen.

Die *Langzeitentwicklung der Kinder*, die pränatal exponiert waren, ist unzureichend untersucht. Diese Fragestellung ist Gegenstand einer kürzlich konzipierten Nachbeobachtungsstudie im Pharmakovigilanzzentrum für Embryonaltoxikologie.

Die mütterlichen Medikamente sollten eingehend geprüft werden, wenn eines der oben genannten Symptome während der Schwangerschaft, bei Geburt oder beim Neugeborenen diagnostiziert wird.

#### *Austausch mit Russland zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit*

Seit 2009 besteht eine enge Kooperation über das Koch-Mechnikov-Forum zwischen den recht neuen *Embryotox-Zentren in Moskau und Petersburg* und dem in Berlin. Das Moskauer Zentrum hat in Anlehnung an das 2008 eröffnete deutsche Informationsportal [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de) eine russische Internetseite eröffnet, [www.embryotox.ru](http://www.embryotox.ru), die ebenfalls Informationen zur Verträglichkeit von Medikamenten in der Schwangerschaft anbietet. Im Februar 2011 wurde das erste deutsch-russische Seminar zur Arzneisicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit an der Mechnikov-Akademie in Petersburg veranstaltet, zu dem über 100 Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Kinderheilkunde, Gynäkologie, Humangenetik und Pharmakologie aus verschiedenen Teilen Russlands kamen.

2011 erstes deutsch-russisches Seminar zur Arzneisicherheit in Schwangerschaft/Stillzeit in Petersburg

Ein wichtiger *Aspekt der deutsch-russischen Zusammenarbeit* ist die Optimierung der Beratung von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten zur Vermeidung von Fehlentscheidungen im Zusammenhang mit der Therapie Schwangerer. Ein weiterer Schwerpunkt des PVZ Embryonaltoxikologie liegt in der Optimierung der Risikointerpretation, die berücksichtigen muss, ob eine Therapieempfehlung ausgesprochen oder das Risiko einer suspekten Arzneimittelaufnahme abgeschätzt werden soll.

International steht Berlin vorbildlich da. Andere Embryotox-Zentren in Europa und Nordamerika kämpfen um ihr Überleben, da Politiker dort noch von der *präventionsmedizinischen Relevanz* überzeugt werden müssen, dass die Embryonaltoxikologie einen entscheidenden Beitrag zur vorgeburtlichen Mutter-Kind-Gesundheit mit lebenslangen Auswirkungen leistet. Das Berliner Embryotox-Zentrum ist nicht nur in Russland, sondern ebenso in vielen *westlichen Ländern* auch in dieser Hinsicht ein geschätzter Kooperationspartner.

## 4.5 Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen

In der vom Statistischen Bundesamt zweijährlich durchgeführten *Krankheitskostenrechnung*<sup>9</sup> werden u. a. die *in ambulanten Einrichtungen anfallenden Kosten* für im Zusammenhang mit Gesundheit stehende Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege beziffert (vgl. auch Basisbericht 2009, Kapitel 11 - Krankheitskosten in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter); die aktuell vorliegenden Daten betreffen das *Erhebungsjahr 2008*.

In diesem Jahr entstanden in Deutschland durch Leistungen und Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitseinrichtungen Kosten in Höhe von 130,9 Mrd. EUR, die Berechnung auf die Bevölkerung ergab im Durchschnitt Aufwendungen von annähernd 1.600 EUR je Einwohner. Damit

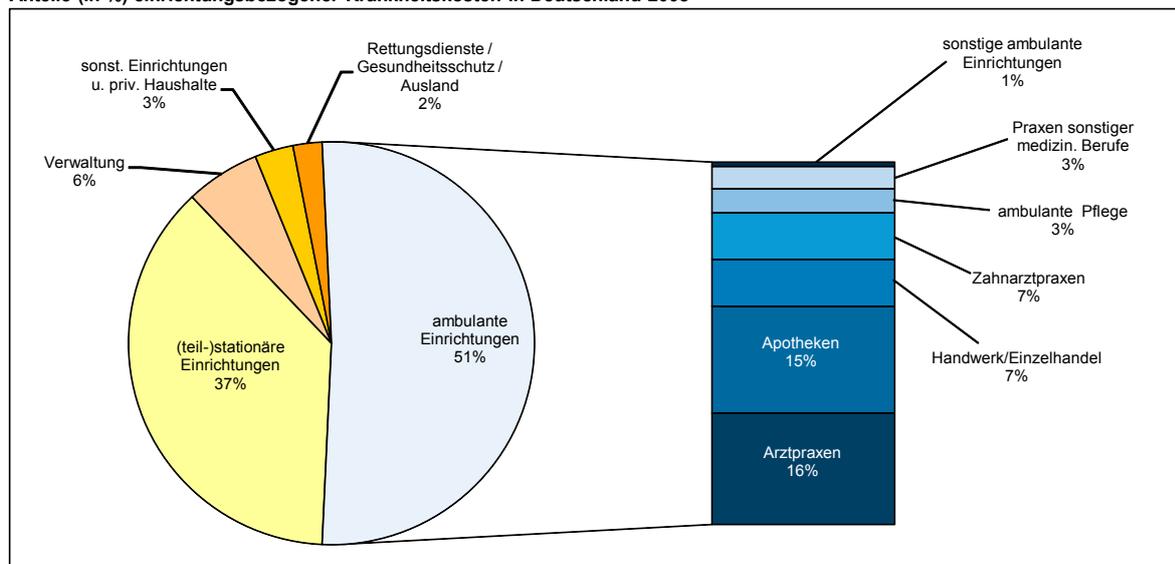
Krankheitskosten je Einw. im ambulanten Bereich 2008 mit 1.600 EUR ein Fünftel höher als 2002

<sup>9</sup> Informationen und Ergebnisse zur Krankheitskostenstatistik im Internet verfügbar unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Pfad: weitere Themen/Gesundheit/Krankheitskosten bzw. zur Fachserie 12, Reihe 7.2: Publikationen/Fachveröffentlichungen/Gesundheit) oder unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), Suchbegriff „Krankheitskosten“.

entstanden 2008 fast ein Fünftel (19,4 %) höhere Krankheitskosten je Einwohner als im *Jahr 2002*, die Zunahme der insgesamt in ambulanten Einrichtungen angefallenen Kosten lag mit 18,9 % nur wenig darunter.

In ambulanten Einrichtungen entstand mehr als die Hälfte der Gesamtkrankheitskosten, mit leicht steigender Tendenz (2002: 50,3 %, 2008: 51,5 %). Zu den *in der Krankheitskostenstatistik erfassten ambulanten Einrichtungen* zählen neben Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen der sonstigen medizinischen Berufe zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und der Einzelhandel, die die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen; außerdem gehören in diese Kategorie Einrichtungen ambulanter Pflege und unter „sonstige“ zusammengefasste Einrichtungen, z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste, Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte, Leistungen von Dialysezentren und Hospizdienste u. a. Die größten Posten teilten sich im ambulanten Bereich im Jahr 2008 Arztpraxen und öffentliche Apotheken mit Gesamtkostenanteilen von 15,8 % (40,2 Mrd. EUR) bzw. 15,1 % (38,5 Mrd. EUR), gefolgt von Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (6,7 % / 17,0 Mrd. EUR), Zahnarztpraxen (6,6 % / 16,8 Mrd. EUR), ambulanter Pflege (3,4 % / 8,6 Mrd. EUR), Praxen sonstiger medizinischer Berufe (3,2 % / 8,1 Mrd. EUR) und dem sonstigen ambulanten Bereich, der trotz der Vielzahl hier berücksichtigter Einrichtungen mit einem Anteil von 0,7 % und Kosten in Höhe von 1,7 Mrd. EUR eine vergleichsweise geringe Rolle spielt. Hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Kostenanteile waren seit 2002 keine nennenswerten Verschiebungen zu beobachten (vgl. Abbildung 4.25).

**Abbildung 4.25:**  
Anteile (in %) einrichtungsbezogener Krankheitskosten in Deutschland 2008



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

### Geschlechtsspezifische Krankheitskosten

Kostenniveau in der weiblichen Bevölkerung höher als in der männlichen

Wie bei den Gesamtkosten zeigt die geschlechtsspezifische Betrachtung auch bei den ambulanten Krankheitskosten ein deutlich höheres **Niveau** für die **weibliche Bevölkerung** mit einer Gesamtsumme von 73,7 Mrd. EUR und Pro-Kopf-Kosten von 1.759 EUR; die entsprechenden Werte der **männlichen Bevölkerung** lagen bei 57,2 Mrd. EUR bzw. 1.422 EUR pro Person. Die Unterschiede waren mehr oder weniger ausgeprägt bei den meisten Einrichtungsarten zu beobachten, bei den Kosten im Gesundheitshandwerk/-einzelhandel fiel der Unterschied am geringsten aus. Eine Ausnahme machten die Kosten im Zusammenhang mit Zahnarztpraxen, die in der männlichen Bevölkerung (8.377 Mio. EUR / 200 EUR je Einw.) sogar geringfügig höher waren als in der weiblichen (8.410 Mio. EUR / 209 EUR je Einw.).

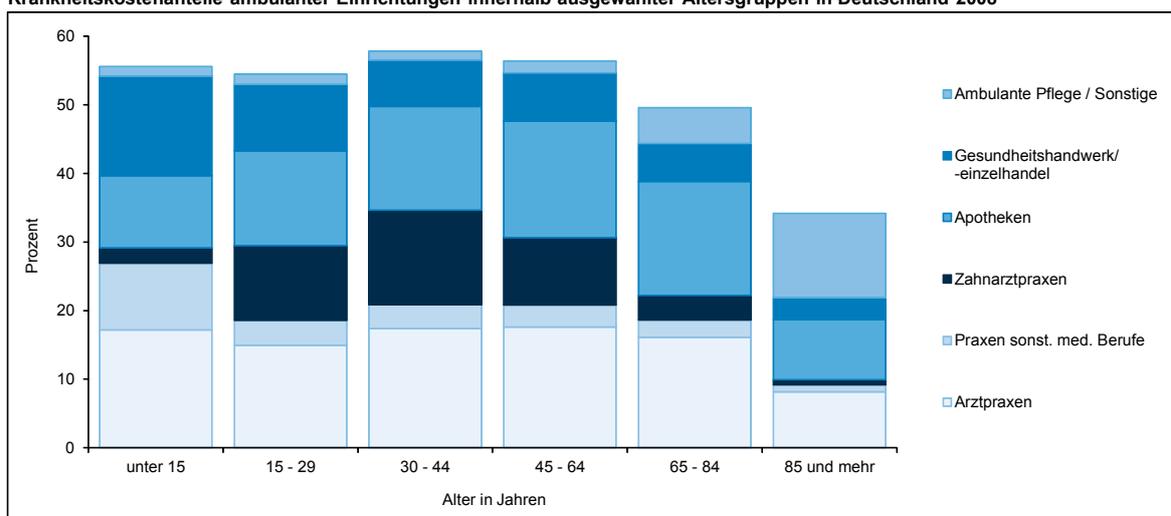
Im Gegensatz zum Kostenniveau war die **Kosten auf die einzelnen Einrichtungsarten** bei Männern und Frauen etwa gleich **verteilt** und - wie bei den Kosten insgesamt gesehen - wurde auch bei beiden Geschlechtern jeweils etwas mehr als die Hälfte der Krankheitskosten (männlich: 51,9 % / weiblich: 51,2 %) durch Leistungen und Inanspruchnahme ambulanter Einrichtungen verursacht.

### Altersspezifische Krankheitskosten

Die in ambulanten Einrichtungen entstehenden Krankheitskosten unterschieden sich in den in der Erhebung ausgewiesenen **sechs Altersgruppen** deutlich voneinander. Die **Pro-Kopf-Kosten** lagen 2008 in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre (717 EUR) niedriger als bei den unter 15-Jährigen (754 EUR); bei den weiteren vier Altersklassen stiegen die Kosten pro Person erwartungsgemäß mit dem Alter an bis auf 5.073 EUR in der Altersgruppe ab 85 Jahren. Anders als die hohen Pro-Kopf-Kosten vermuten lassen könnten, hatten ambulante Einrichtungen für 85 Jahre und Ältere eine vergleichsweise geringe Bedeutung: Nur etwa ein Drittel (34,2 %) der Krankheitskosten entstanden in dieser Altersgruppe durch ambulante Leistungen und Inanspruchnahme. Auch die Krankheiten der 65- bis 84-Jährigen verursachten mit 3.232 EUR pro Person überdurchschnittlich hohe Kosten im ambulanten Bereich, während der **Kostenanteil** (49,6 %) an den in dieser Altersgruppe insgesamt angefallenen Krankheitskosten hier noch knapp unter dem Durchschnitt lag. In der Versorgung der unter 65-Jährigen hingegen spielten ambulante im Vergleich zu den übrigen Einrichtungen die größte Rolle mit Kostenanteilen zwischen 54,5 % (15 - 29 Jahre) und 57,8 % (30 - 44 Jahre).

Bei der **Kostenverteilung auf die einzelnen ambulanten Bereiche innerhalb der Altersgruppen** fallen einige Unterschiede auf: Der Kostenanteil der Arztpraxen war bei 85 Jahre und Älteren (8,1 %) nur halb so hoch wie in den anderen Altersgruppen; die höchsten Kostenanteile der Zahnarztpraxen betrafen die drei Altersgruppen 15 - 29, 30 - 44 und 45 - 64 Jahre (10,9 % / 13,8 % / 9,8 %); die anteiligen Kosten der Praxen sonstiger medizinischer Berufe lagen bei den unter 15-Jährigen (9,7 %) höher als in allen anderen Altersgruppen, ebenso im Bereich Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (14,5 %); ein vergleichsweise niedriger Anteil entstand in dieser Altersgruppe für Apotheken (10,5 %), noch weniger gaben anteilig die 85 Jahre und Älteren (8,8 %) in Apotheken aus, wogegen der Anteil der durch ambulante Pflege verursachten Kosten (11,9 %) hier im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am höchsten lag (vgl. Abbildung 4.26).

**Abbildung 4.26:**  
Krankheitskostenanteile ambulanter Einrichtungen innerhalb ausgewählter Altersgruppen in Deutschland 2008



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

### Ambulante Krankheitskosten nach Hauptdiagnosegruppen

zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz bilden den größten ambulanten Kostenfaktor

Ein Fünftel der in ambulanten Einrichtungen entstandenen Kosten war im Jahr 2008 mit 26,2 Mrd. EUR (319 EUR je Einw.) auf **Krankheiten des Verdauungssystems** zurückzuführen, die damit bezogen auf Hauptdiagnosegruppen den größten Kostenfaktor im ambulanten Bereich darstellten. Dass die Diagnosegruppe in der Kostenbilanz eine derartige Bedeutung erlangte, ist darauf zurückzuführen, dass innerhalb dieser Krankheitsgruppe entsprechend der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) die **Kosten für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz** den Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüsen und Kiefer - worunter beispielsweise Zahnkaries, Krankheiten des Parodonts oder Störungen im Zusammenhang mit der Zahnentwicklung fallen - zugeordnet sind. Daher fielen drei Viertel der insgesamt dieser Diagnosegruppe zugehörigen Krankheitskosten (75,3 %) im ambulanten Bereich und hier überwiegend in Zahnarztpraxen und im Gesundheitshandwerk/-einzelhandel (zusammen 60,1 %) an.

Zu den hauptsächlichen **Kostenverursachern in ambulanten Einrichtungen** gehörten neben den Verdauungskrankheiten insbesondere Krankheiten des Kreislaufsystems mit 16,3 Mrd. EUR bzw. 199 EUR je Einw. sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit 15,2 Mrd. EUR bzw. 185 EUR je Einw. Die beiden Diagnosegruppen machten jeweils über ein Zehntel (12,5 % bzw. 11,6 %) der im ambulanten Bereich entstandenen Krankheitskosten aus.

Im Hinblick auf die Bedeutung, die der ambulante Bereich für die den jeweiligen Krankheitsgruppen zugeordneten Kosten einnahm, fanden sich die beiden oben genannten (Kreislauf- und Muskel-Skelett-System) eher auf mittleren Plätzen der Rangskala wieder; zu den Hauptdiagnosegruppen, deren **Kosten ganz überwiegend in ambulanten Einrichtungen entstanden**, gehörten hingegen Krankheiten des Auges/der Augenanhangsgebilde (5.434 Mio. EUR / 79,4 %) und - wie oben erwähnt - Krankheiten des Verdauungssystems (26.226 Mio. EUR / 75,3 %), gefolgt von der Diagnosegruppe Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (10.179 Mio. EUR / 74,3 %), Krankheiten des Ohres und Warzenfortsatzes (1.891 Mio. EUR / 73,9 %), Z-Klassifikation (5.840 Mio. EUR / 71,8 %) sowie Krankheiten der Haut und Unterhaut (2.651 Mio. EUR / 67,0 %).

Eine Übersicht über die genannten Daten und weitere Angaben zu Krankheitskosten in ambulanten Einrichtungen sind zusammengestellt in der im GSI verfügbaren Tabelle [11.8z-1](#).

## 4.6 Kernaussagen

### Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung

- Die seit 2007 schrittweise eingeführten neuen Möglichkeiten, die **Berufsausübung** im ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Bereich **flexibler zu gestalten**, werden von Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) immer stärker genutzt, was der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zugutekommt.
- Anfang 2011 gab es in der vertragsärztlichen Versorgung 5.878 niedergelassene und 825 angestellte Ärztinnen und Ärzte, damit setzte sich der Trend zur **Anstellung** weiter fort. Bei den **Praxisformen** hält die Tendenz weg von der Einzelpraxis hin zu wirtschaftlicheren Kooperationsformen, die schon seit Jahren sichtbar wird, weiter an. Hierbei zeigt sich, dass sich in den letzten Jahren Kooperationen zu größeren Einheiten zusammenschließen (z. B. Medizinische Versorgungszentren (MVZ), fachübergreifende örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften).
- Nach der derzeit gültigen Bedarfsplanung besteht in Berlin als einheitlichem Planungsbereich in nahezu allen der Bedarfsplanung unterliegenden Zulassungsfachgebieten **Übersversorgung**.