

**Auswirkungen der  
Einführung der Praxisgebühr  
auf die ambulante Versorgung und Therapie  
von Patienten mit atopischem Ekzem**

**Dr. med. habil. Jochen Schmitt, MPH**  
Klinik und Poliklinik für Dermatologie  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

# Bedeutung des atopischen Ekzems (AE)

- Prävalenz bei Kleinkindern ~ 20%, im Vorschulalter 11% <sup>1</sup>
- Häufigste chronische Erkrankung überhaupt bei Kindern <sup>2</sup>
- Prävalenz bei Erwachsenen 2-4% <sup>2</sup>
- 60% der ambulanten AE Patienten sind Erwachsene <sup>2</sup>
- Komorbidität: Atopie, ADHS <sup>3</sup>, Depression
- Lebensqualitätseinschränkung
- Gesundheitsökonomische Folgen vergleichbar mit Asthma

→ Das AE ist eines der wichtigsten dermatologischen Krankheitsbilder mit hoher Relevanz für die gesamte Medizin

<sup>1</sup> Williams, Clin Exp Dermatol 2000

<sup>2</sup> Schmitt, JDDG 2009

<sup>3</sup> Schmitt JAMA 2009

# Einführung der Praxisgebühr

Gesetz zur Modernisierung der GKV vom 14. November 2003  
(§ 28 Abs.4 SGB V und § 61 Satz 2 SGB V):

**Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal und Arzt  
für Erwachsene ab 1.1.2004**

Praxisgebühr für Fachärzte entfällt bei Vorlage eines  
Überweisungsscheines

→ Die Auswirkungen der Einführung der  
Praxisgebühr auf die ambulante Versorgung  
des AE sind unklar

**Methodik**

# Datenbasis

**Sekundärdatenanalyse** basierend auf Vollerhebung und Verknüpfung ärztlicher Leistungsdaten der KV Sachsen und Verordnungsdaten der AOK Sachsen 2003 und 2004.

Ursprungspopulation: 257.347 AOK Versicherte, die 2003/2004 im RB Dresden in ärztlicher Behandlung waren.

Datenschutzrechtliche Vorgaben sind gewahrt,  
Ethikvotum liegt vor.

# Pro / Contra Sekundärdatenanalyse

## Vorteile

- Vollständige Erfassung der *real-life* Situation
- Daten zu SES, Inanspruchnahme, Komorbidität, Therapie

## Nachteile

- Beschränkung auf routinemäßig erhobene Daten
  - interne Diagnosevalidierung nötig
- **mindestens 2-malige Verschlüsselung der Diagnose AE**

# Stichprobe

- 11.036 Patienten mit AE,  
davon 4.340 Kinder / Jugendliche
- Patienten, die während des Untersuchungszeitraumes 2003/2004 das 18. LJ überschritten, wurden ausgeschlossen (n=519)

# Datenauswertung

Vergleich der ambulanten Versorgung von Kindern/Jugendlichen sowie von Erwachsenen mit AE im Jahr vor (2003) und nach Einführung der Praxisgebühr (2004) *anhand*

- Konsultationshäufigkeit nach Fachgruppen
- Therapie des AE bei vorstelligen Patienten

Logistische Regressionsmodelle zur Ermittlung von Prädiktoren

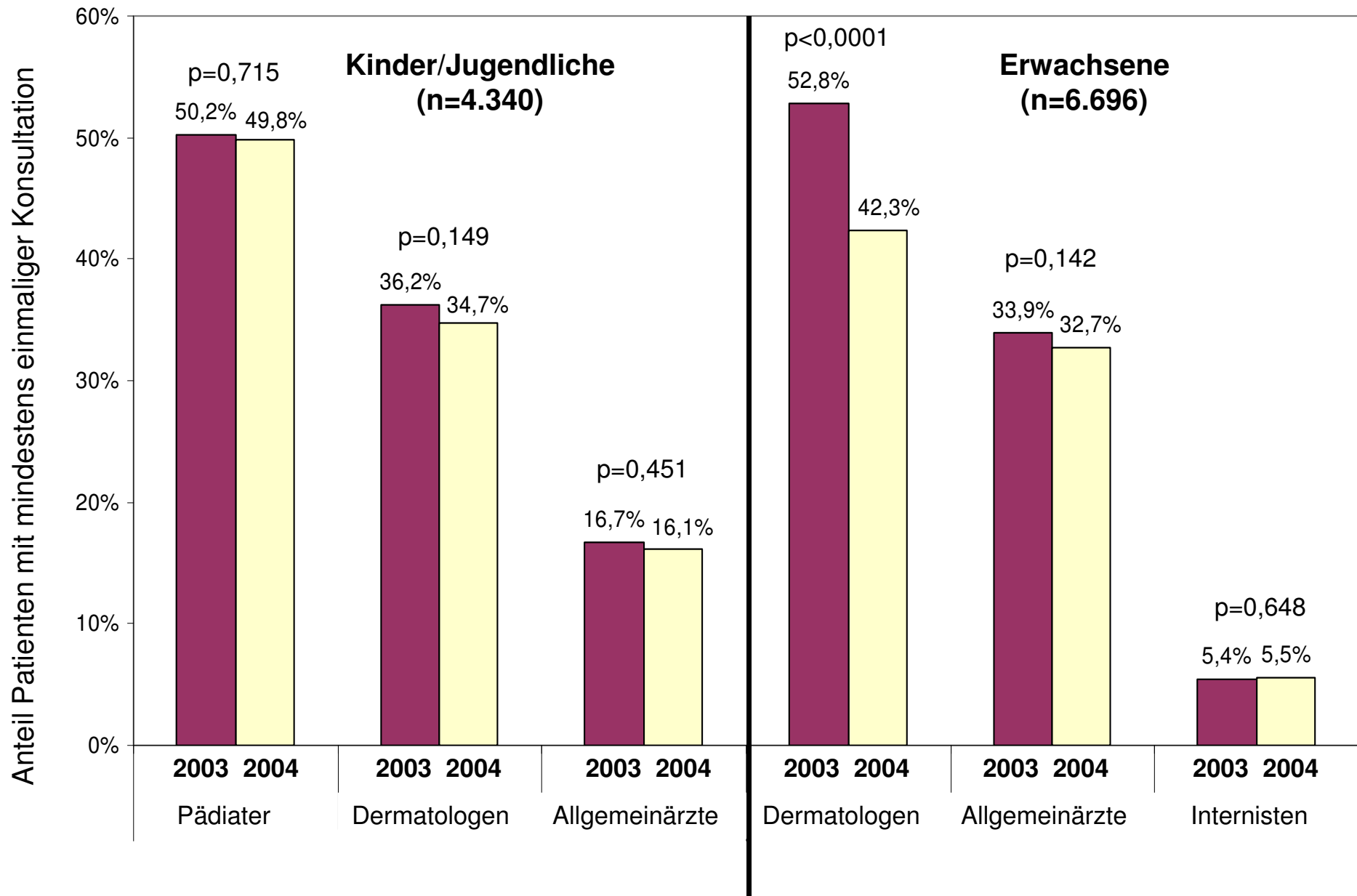
- für Arztkonsultation nach Einführung der Praxisgebühr
- Therapie des AE mit systemischen Steroiden 2004

**Ergebnisse**

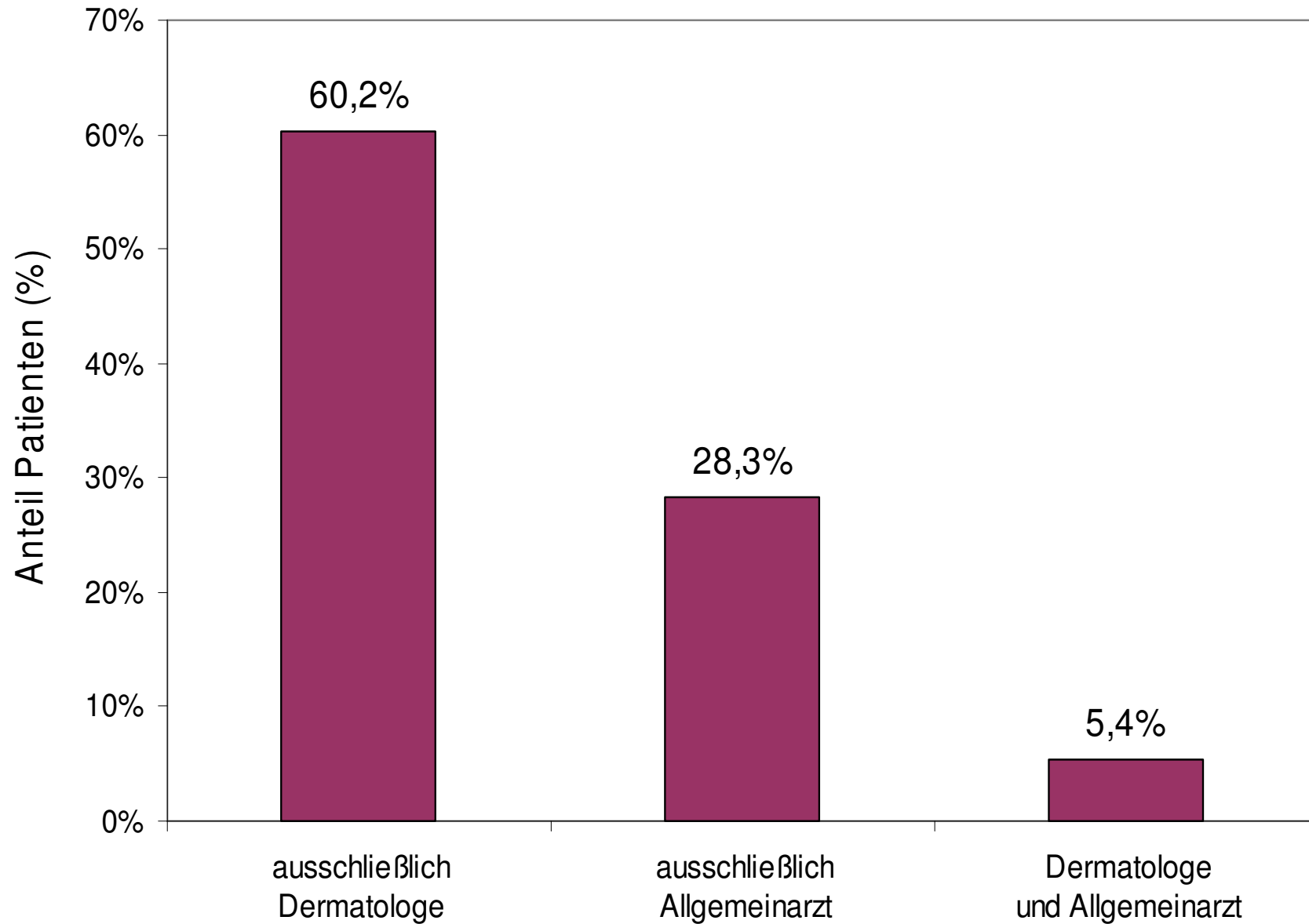
# Patientencharakteristika (n=11.036)

Soziodemographische Charakteristika	
Alter (Mittelwert, Std-Abw (Jahre))	33,8 (27,2)
- 0-16 Jahre (%)	39,4%
- 19-64 Jahre (%)	41,2%
- ≥65 Jahre (%)	19,5%
Geschlecht (% weiblich)	63,2%
Monatliches Einkommen (Euro)	
- <1000 (%)	81,6%
- 1000-1999 (%)	10,5%
- ≥2000 (%)	7,9%
Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	
Konsultationshäufigkeit (Abrechnungsscheine) (Mittelwert, Std-Abw)	
- insgesamt	20,3 (11,3)
- aufgrund atopischem Ekzem	4,3 (2,7)
Konsultierte Fachrichtungen (% mit ≥ 1 Konsultation)	
- Dermatologe	70,3%
- Allgemeinarzt	73,4%
- Pädiater	35,4%
- Internist	35,9%
Allergologische Komorbidität	
Allergische Rhinitis (IDC-10 J30) (%)	25,3%
Allergisches Asthma (ICD-10 J45.0) (%)	6,0%

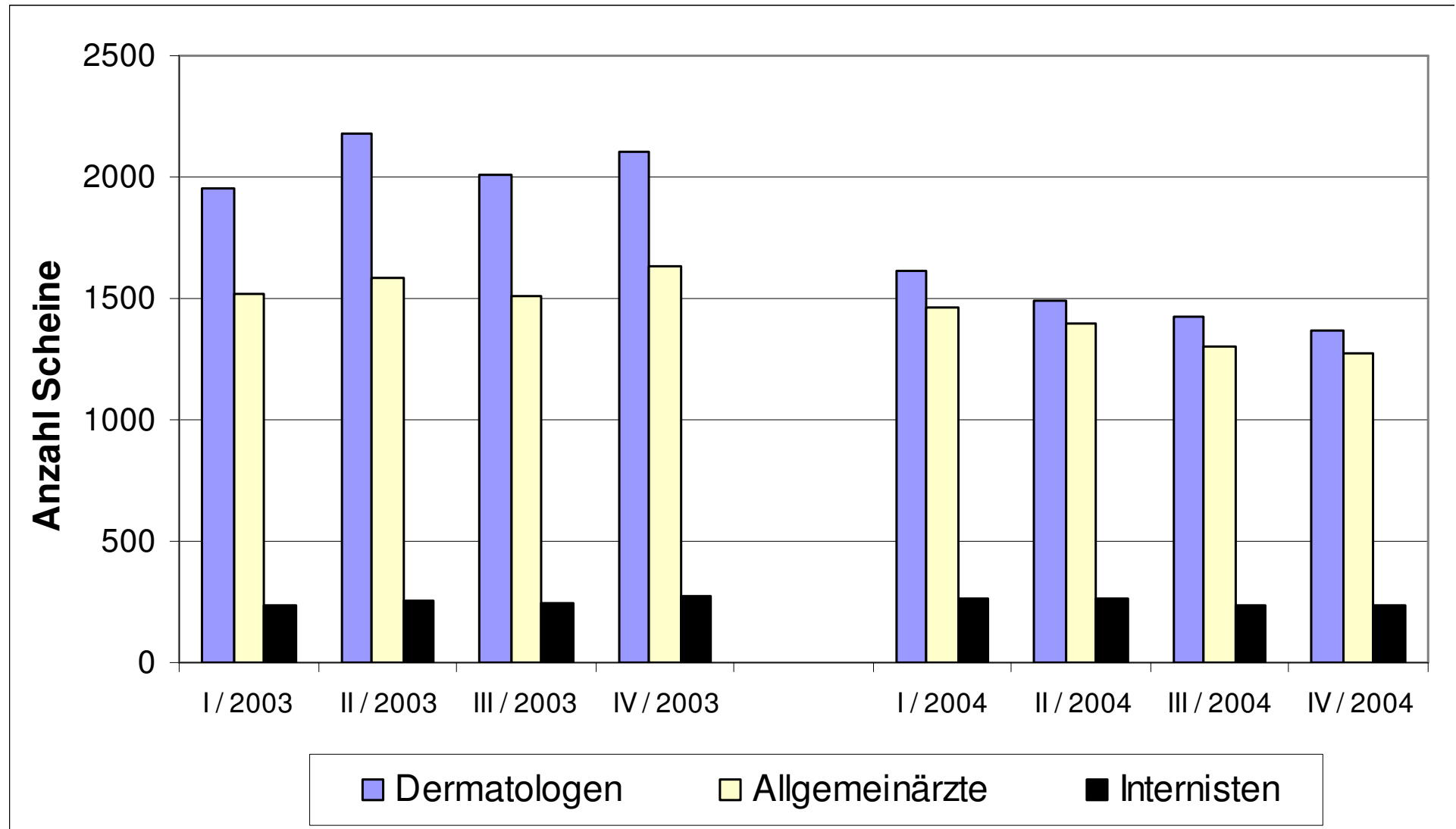
# Konsultationsverhalten aufgrund des AE



**Betreuende Fachrichtung von Erwachsenen mit atopischem Ekzem vor Einführung der Praxisgebühr (2003), die im Jahr nach Einführung der Praxisgebühr (2004) nicht mehr aufgrund des atopischen Ekzems vorstellig wurden (n=1.837)**



# Abrechnungsscheine mit Diagnose atopisches Ekzem bei Erwachsenen vor und nach Einführung der Praxisgebühr (n=6.696)



# Behandlung vorstelliger Patienten

Therapie	Anteil Patienten, die medikamentöse Therapie erhielten bezogen auf im Zeitraum vorstellige Patienten (%);					
	2003		2004			
	Frauen (n=4.042)	Männer (n=1.679)	Frauen (n=3.439)		Männer (n=1.417)	
			Anteil (%)	p-Wert	Anteil (%)	p-Wert
Teere / Schieferöle	0,9%	0,7%	0,8%	0,47	0,4%	0,29
<b>Topische Kortikosteroide ges</b>	<b>53,4%</b>	<b>55,2%</b>	<b>47,6%</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>49,6%</b>	<b>0,002</b>
Topische Kortikosteroide, Klasse 1	6,1%	6,9%	3,9%	<0,001	4,8%	0,013
Topische Kortikosteroide, Klasse 2	16,3%	16,4%	11,8%	<0,001	10,7%	<0,001
Topische Kortikosteroide, Klasse 3	37,3%	38,0%	33,6%	0,001	36,1%	0,27
Topische Kortikosteroide, Klasse 4	3,6%	3,8%	3,2%	0,29	4,0%	0,84
<b>Pimecrolimus Creme</b>	<b>3,1%</b>	<b>2,7%</b>	<b>4,1%</b>	<b>0,02</b>	<b>2,1%</b>	<b>0,31</b>
<b>Tacrolimus Salbe</b>	<b>1,6%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,2%</b>	<b>0,05</b>	<b>2,9%</b>	<b>0,09</b>
Magistralrezepturen	37,5%	41,0%	29,5%	<0,001	37,7%	0,06
UV-Therapie	1,6%	2,0%	1,5%	0,87	2,8%	0,15
<b>Systemische Kortikosteroide*</b>	<b>5,7%</b>	<b>5,9%</b>	<b>8,2%</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>10,3%</b>	<b>&lt;0,001</b>
Ciclosporin	0,1%	0,1%	0,2%	0,32	0,1%	1,00

# Prädiktoren für Arztkonsultation aufgrund AE nach Einführung der Praxisgebühr

(n=5.726 Erwachsene, die im Jahr vor Einführung der Praxisgebühr  
aufgrund des AE in Behandlung waren)

Variable	Bivariate (nicht adjustierte) Analyse		Multivariate (adjustierte) Analyse	
	Odds Ratio (95%-KI)	p-Wert	Odds Ratio (95%-KI)	p-Wert
Alter (pro Jahr)	1,00 (0,99-1,00)	0,071	0,99 (0,99-1,00)	0,001
Abrechnungsscheine gesamt 2003- 2004 (pro Schein)	1,01 (1,00-1,01)	0,011	1,01 (1,01-1,02)	<0,001
Abrechnungsscheine 2003 wegen atopischem Ekzem (pro Schein)	1,07 (1,03-1,12)	<0,001	1,06 (1,02-1,11)	0,004
Vorstellung bei Dermatologen wegen atopischem Ekzem 2003 (ja/nein; Referenz: nein)	0,70 (0,62-0,79)	<0,001	0,62 (0,55-0,70)	<0,001
Behandlung des atopischen Ekzems mit topischen Calcineurin-Inhibitoren im Jahr 2003 (ja/nein; Referenz: nein)	1,83 (1,34-2,50)	<0,001	1,84 (1,34-2,53)	<0,001

# Prädiktoren für systemische Steroidtherapie aufgrund AE nach Einführung der Praxisgebühr

(n=4.855 Erwachsene, die im Jahr 2004 aufgrund des AE in Behandlung waren)

Variable	Bivariate (nicht adjustierte) Analyse		Multivariate (adjustierte) Analyse	
	Odds Ratio (95%-KI)	p-Wert	Odds Ratio (95%-KI)	p-Wert
Alter (pro Jahr)	1,01 (1,01-1,02)	<0,001	1,01 (1,00-1,01)	0,007
Geschlecht (Referenz: weiblich)	1,25 (1,06-1,48)	0,007	1,34 (1,11-1,56)	0,002
Abrechnungsscheine gesamt 2003-2004 (pro Schein)*	1,03 (1,02-1,04)	<0,001	1,03 (1,02-1,04)	<0,001
Abrechnungsscheine wegen atopischem Ekzem 2003-2004 (pro Schein)	1,07 (1,04-1,10)	<0,001	1,06 (1,03-1,10)	<0,001
Differenz der Abrechnungsscheine wegen atopischem Ekzem 2004 und 2003 (pro Schein weniger in 2004)	1,03 (0,98-1,09)	0,206	1,08 (1,02-1,14)	0,006
Behandlung des atopischen Ekzems mit systemischen Kortikosteroiden im Jahr 2003 (ja/nein; Referenz: nein)	5,40 (3,97-7,32)	<0,001	4,72 (3,42-6,50)	<0,001

# **Diskussion**

# Zusammenfassung der Ergebnisse

**Kinder / Jugendliche** Keine Änderungen der ambulanten Versorgung des AE nach Einführung der Praxisgebühr

## **Erwachsene**

- Rückgang des Anteils an Patienten in dermatologischer Betreuung um 20%
- Rückgang der Scheinzahlen im dermatologischen Fachgebiet um 28%
- Viele Erwachsene stellten sich nach Einführung der Praxisgebühr seltener oder gar nicht mehr dermatologisch vor
- Vor allem zuvor ausschließlich dermatologisch betreute Erwachsene mit AE fielen nach Einführung der Praxisgebühr aus der Versorgung heraus.

# Diskussion

Aufgrund der deutlichen Abnahme der absoluten Patientenzahl wäre nach Einführung der Praxisgebühr eine Zunahme des Anteils an vorstelligen Patienten mit antientzündlicher Behandlung zu erwarten gewesen.

Nach Einführung der Praxisgebühr wurden jedoch seltener TCS verordnet

>50%iger Anstieg des Anteils an Erwachsenen, die zur Therapie des AE systemische Steroide erhielten

Verringerung der Konsultationshäufigkeit aufgrund des AE im Vergleich zum Vorjahr war unabhängiger und signifikanter Risikofaktor für eine systemische Steroidtherapie nach Einführung der Praxisgebühr

# Stärken und Schwächen der Studie

Geringe Anfälligkeit für Selektions- und Informationsbias, da die Daten aller Versicherten mit Arztkontakt im Untersuchungszeitraum unabhängig vom Forschungszweck erfasst wurden und vollständig zur Analyse vorlagen

Interne Diagnosevalidierung zur Vermeidung eines Fehlklassifikationsbias

Homogene gesundheitspolitische Vorgaben innerhalb Deutschlands und Unabhängigkeit der Ergebnisse vom SES (Einkommen) sprechen für Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf ganz Deutschland

Kausale Interpretation nicht möglich, da keine echte Kontrollgruppe vorlag

Möglicherweise zeigt Studie nur Kurzzeiteffekte

# Fazit und Ausblick

Die Einführung der Praxisgebühr hatte unerwünschte kurzfristige Auswirkungen auf die Versorgung erwachsener Ekzempatienten

Die Studie unterstreicht die Bedeutung von Versorgungsforschung zur zeitnahen Evaluation gesundheitspolitischer Eingriffe

Follow-up Studien sind notwendig, um Langzeiteffekte der Einführung der Praxisgebühr und anderer gesundheitspolitischer Maßnahmen zu erfassen

Ziel: Evidenzbasierte Gesundheitspolitik

**AUTOR:**

**Dr. med. habil. Jochen Schmitt, MPH**

Klinik und Poliklinik für Dermatologie

Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden

Tel. 0351/ 458 2421

E-Mail: [jochen.schmitt@uniklinikum-dresden.de](mailto:jochen.schmitt@uniklinikum-dresden.de)

[www.uniklinikum-dresden.de](http://www.uniklinikum-dresden.de)

[www.tu-dresden.de/medderma](http://www.tu-dresden.de/medderma)