

Gesundheitswesen aktuell 2011

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 31. August 2011

Teilnehmer:

Dr. Christoph Straub

Vorsitzender des Vorstandes BARMER GEK

Uwe Repschläger

Leiter Unternehmensstrategie und Controlling, BARMER GEK

Dr. Ursula Marschall

Leiterin des Kompetenzzentrums Gesundheit der BARMER GEK

Athanasios Drougias

Leiter Unternehmenskommunikation, BARMER GEK (Moderation)

Berlin, 31. August 2011

Krankheitslast teilt Deutschland

Wie ungleich die Volkskrankheiten über das Bundesgebiet verteilt sind, verdeutlichen Landkarten im aktuellen BARMER GEK Sammelband „Gesundheitswesen aktuell 2011“. Dieser „Morbidityatlas“ vergleicht die Verbreitung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Depression zwischen den Regionen. Demnach tragen die Sachsen die höchste Krankheitslast, die Baden-Württemberger die geringste.

Der Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, Dr. Christoph Straub, erläutert: „Die regionale Perspektive ist hilfreich, um vor Ort die Ressourcen abzustimmen und Mängelsituationen vorzubeugen, wie zum Beispiel bei der Nachbesetzung von Arztsitzen.“ Gleichzeitig markiert Straub auch Grenzen der Regionalisierung: „Es darf nicht sein, dass der Wohnort die Versorgungsqualität bestimmt. Auch kann es nicht angehen, dass Vertriebsleistungen den Versorgungsbedarf einzelner Regionen hochtreiben.“ Beim Anspruch an gute Versorgung oder medizinische Evidenz gebe es keine regionalen Unterschiede. Und das Ärzteangebot müsse sich an den Krankheitslasten ausrichten, nicht umgekehrt.

Kritisch sieht Straub die politischen Regionalisierungsbestrebungen im Rahmen des geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetzes. „Hier führt Regionalisierung in die Überregulierung.“ Insbesondere die Beanstandungsrechte der Länderaufsichten bei Selektiv-Verträgen bedeuteten eine Wettbewerbsverzerrung. Straub: „Eine Abstimmung bundesweiter Versorgungsverträge mit 17 Aufsichtsbehörden führt zum Stillstand.“

Osten kränker als Westen - Ausnahme Depressionen

Besonders krankheitsanfällig ist die Bevölkerung im Raum Halle, Schwerin und Leipzig, besonders gesund dagegen in Stuttgart, Kempten und Ulm. „Dabei zeigt sich der wesentliche Einfluss von Bildung und Einkommen auf Gesundheitschancen,“ weiß der Herausgeber des Buches, Uwe Repschläger, Leiter für Unternehmensstrategie und Controlling bei der BARMER GEK. Mit

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Abwanderung von besser verdienenden und gebildeten Bevölkerungsgruppen habe sich auch eine Gesundheitsmigration vollzogen.

Die östlichen Regionen führen die Morbiditätsstatistik zwar in den meisten, nicht aber in allen Krankheitsgruppen an. So zeigen sich bei Depressionserkrankungen die höchsten dokumentierten Krankheitslasten in den Stadtstaaten und in Bayern. Der Osten ist dabei unterdurchschnittlich vertreten. Dieser Befund spiegelt sich in der räumlichen Verteilung von Psychotherapeuten wider. „Mit der Zahl der Psychotherapeuten steigt naturgemäß die Zahl der Depressionsdiagnosen“, erläutert Repschläger. Dementsprechend liegt die Psychotherapeutendichte in den Stadtstaaten bis zu 150 Prozent über dem Bundesdurchschnitt, im gesamten Osten rund 50 Prozent darunter.

Keimträger mit oder ohne Symptome

Eine weitere Analyse des Sammelbandes beschäftigt sich detailliert mit Krankenhausinfektionen und multiresistenten Erregern. Die Daten der BARMER GEK zeigen eine Verdopplung der Krankenhausfälle mit resistenten Erregern zwischen 2006 und 2009. „Das Wachstum verzeichnen wir aber vor allem bei Infizierten, die keine Symptome zeigen“, erklärt Dr. Ursula Marschall, Leiterin des Kompetenzzentrums Medizin der BARMER GEK. Die Zahl der Keimträger, die tatsächlich erkranken, sei dagegen rückläufig.

Insgesamt sei die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes zu begrüßen, allerdings müsse man die Keimverbreitung auch in anderen Gesundheitssektoren verfolgen. „Multiresistente Keime beschränken sich nicht allein auf Krankenhäuser. Wir müssen sektorübergreifend auf die Weiterbehandlung infizierter Patienten achten.“ So hat sich etwa die Zahl der stationär behandelten Keimträger, die in ein Pflegeheim entlassen wurden, binnen vier Jahren dreifacht.

Der Sammelband "Gesundheitswesen aktuell 2011" vereint insgesamt 14 Beiträge von Fachleuten, darunter auch von SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach und IQWiG-Chef Prof. Jürgen Windeler.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Tel.: 0800 33 20 60 99 14 01
Fax: 0800 33 20 60 99 14 59
presse@barmer-gek.de
www.barmer-gek.de/presse

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens
Tel.: 0800 33 20 60 44 3020
kai.behrens@barmer-gek.de

Statement

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011

Mehr Effizienz sichert die flächendeckende Versorgung

von Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
am 31. August 2011 in Berlin

Medizinischer Fortschritt bedeutet nicht mehr Medizin

Wir werden immer älter, die Medizin kann immer mehr. Folge sind steigende Fallzahlen und Ausgaben. Die Entwicklung der medizinischen Versorgung ist mittlerweile so dynamisch, dass in den Reihen der Ärztinnen und Ärzte selbst Bedenken laut werden, wie zum Beispiel neulich bei der Initiative "Vorsicht Operation". Namhafte Ärzte und Kliniker warnen vor einer Entwicklung der Leistungen, die demographisch und medizinisch nicht mehr begründbar ist. Auf Basis des aktuellen medizinischen Wissens, der "Evidenz", erscheint es unwahrscheinlich, dass Patientinnen und Patienten von diesem Mehr an Leistungen profitieren.

Wie bewerten wir vor diesem Hintergrund den geplanten "dritten Sektor"? Die Initiative, eine ambulante spezialärztliche Versorgung als gemeinsames Arbeitsfeld von niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern einzuführen, ist zu begrüßen. Das ist medizinisch sinnvoll, weil immer mehr Leistungen sicher und gut ambulant erbracht werden können. Um die Mengenentwicklung im Auge zu behalten, muss allerdings Transparenz über die Qualitäten von Indikation, Prozess und Ergebnis hergestellt werden. Bisher soll nach der Maxime "Wer kann, der darf" verfahren werden. Ohne begleitende Maßnahmen birgt das ein beträchtliches Kostenrisiko. Wir können uns keine Verdopplung von Angebotsstrukturen leisten. Wir benötigen keinen weiteren Sektor, sondern im Gegenteil mehr und intensivere Zusammenarbeit über die Sektorgrenzen hinweg. Das heißt aber auch, dass die Mittel für die spezialärztliche Versorgung aus den beiden Töpfen für stationäre und ambulante Versorgung kommen müssen.

Zwei Dinge sind entscheidend: erstens die Qualität der Indikationen, zweitens die Qualität und Angemessenheit der eingesetzten Verfahren. Die Bildung eines ambulanten spezialärztlichen Sektors muss die Effizienz der Versorgung durch eine gezieltere Nutzung vorhandener Ressourcen sicherstellen. Wir wollen nicht einzelne Leistungen bezahlen, sondern insgesamt eine gute Versorgung. Deshalb müssen wir darauf achten, dass der medizinische Fortschritt zum Treiber der Veränderung von Strukturen und Prozessen wird. Und wir müssen dafür sorgen, dass die technisch-operativen Voraussetzungen geschaffen werden.

Grenzen der Regionalisierung

Es gibt eindeutig zu viele Ärzte am falschen Platz. Wir haben im Wesentlichen ein Verteilungsproblem. Gleichzeitig gibt es punktuell auch einen Mangel an Ärzten. Die Aufrechterhaltung der haus- und fachärztlichen Versorgung im ländlichen Raum ist eine Aufgabe, in die beispielsweise die Kommunen und Krankenhäuser eingebunden werden müssen. Um eine Mängelsituation zu beheben, sind Regionalisierungsansätze also gerechtfertigt, wenngleich auch zusätzliche finanzielle Anreize allein nicht ausreichen werden.

Auch für Versorgungsforschung und -management hat die regionale Brille eindeutige Schärfenvorteile. Längst verschaffen wir uns auf Basis unserer Abrechnungsdaten ein detailliertes und verlässliches Bild der Versorgungsrealitäten vor Ort. Datenanalysen können regionale Auffälligkeiten und Ungleichgewichte sichtbar machen und Unter-, Über- und Fehlversorgung aufspüren. Künftig müssen sie verstärkt bei der Mittelallokation helfen und eine effektive, passgenaue Vertragssteuerung erleichtern.

Sicherlich müssen wir die Angebotsstrukturen besser auf den regionalen Versorgungsbedarf abstimmen. Als bundesweiter Krankenkasse, die an 800 Standorten vertreten ist, liegen uns dabei allerdings einheitliche Qualitätsstandards am Herzen. Regionale Unterschiede dürfen nicht zu einem beliebigen Auseinanderdriften der Versorgung führen oder gar die Qualität der Versorgung bestimmen.

Eine weitergehende Regionalisierung wäre kontraproduktiv. Dementsprechend kritisch bewerten wir die politischen Regionalisierungsbestrebungen im Rahmen des geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetzes. Mag die Regionalisierung der Bedarfsplanung von der Sache her noch gerechtfertigt sein, spätestens mit dem Beanstandungs- und Vorlagerecht der Länder droht die Kleinstaaterei. Die vorgesehenen Aufsichtsrechte der Länder im selektivvertraglichen Bereich schießen vollends übers Ziel hinaus. Sie schränken die Vertragsfreiheit einer bundesweit agierenden Kasse ein und führen zu einer Benachteiligung im Versorgungswettbewerb.

Statement

Gesundheitswesen aktuell 2011

**Verteilung von Morbidität in Deutschland
Ein Morbiditätsatlas zum Vergleich von Regionen auf Basis der
80 Krankheiten des Risikostrukturausgleichs**

von Uwe Repschläger
Hauptabteilungsleiter Unternehmensstrategie und Controlling

anlässlich der Pressekonferenz
am 31. August 2011 in Berlin

Die Auswertung der bundesweiten Daten der BARMER GEK verdeutlicht, dass zum Teil erhebliche Unterschiede in der Morbidität der Bevölkerung zwischen einzelnen Regionen existieren. Erwartungsgemäß ist die Prävalenz dabei stark von der Altersstruktur der Versicherten abhängig, aber auch nach entsprechender Standardisierung verbleiben signifikante regionale Unterschiede, die nicht durch Alters- und Geschlechtsunterschiede erklärt werden können. Sowohl vor als auch nach Standardisierung über Alter und Geschlecht ist die Morbidität mit Ausnahme der psychischen Erkrankungen in den östlichen Bundesländern höher als in den westlichen Bundesländern.

Die Migration von Ost nach West in den letzten 20 Jahren hat offenbar ihre Spuren in der durchschnittlichen regionalen Morbidität hinterlassen. Ebenso lässt sich zeigen, dass deutliche Unterschiede in den regionalen Angebotsstrukturen zu entsprechenden Schwankungen in der Morbidität führen. Die Frage, ob dabei einzelne Regionen zum Beispiel mehr Therapeuten aufgrund von mehr Patienten haben oder umgekehrt, bleibt offen.

Morbi-RSA gleicht unterschiedliche Krankheitslasten aus

Die Unterschiede in der regionalen Morbidität führen über die Finanzaufweisungen des mRSA dazu, dass Regionen mit überdurchschnittlicher Morbidität höhere Zuweisungen erhalten. Damit ist sichergestellt, dass Regionen mit überdurchschnittlicher Krankheitslast hieraus kein finanzieller Nachteil entsteht. Aus diesem Grund ist die Finanzsituation der Krankenkassen in den östlichen Bundesländern nicht schlechter als in den westlichen Bundesländern.

Die kartografische Darstellung beziehungsweise ein Morbiditätsatlas auf Basis von Versichertendaten leistet einen Beitrag, um bestehende Unterschiede transparent zu machen und so Fragen der regionalen Kapazitätsplanung beziehungsweise der Versorgungsinfrastruktur besser zu beantworten. Auch die Identifikation von Handlungsansätzen für Programme der Versorgungsforschung wird so gefördert und die oftmals ohne echte empirische Grundlage geführte Diskussion zu Über-, Unter- und Fehlversorgung versachlicht.

Regionale Versorgungsunterschiede

Morbidität in Deutschland und
bedarfsgerechte Verteilung

BARMER GEK Hauptverwaltung
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
31. August 2011
Pressekonferenz Berlin

Ansprechpartner: Uwe Repschläger
Hauptabteilungsleiter Unternehmensstrategie
Telefon 0202 -568 -199- 1561

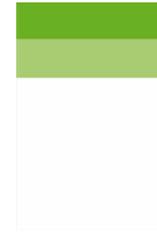




Inhalt

- Einer der Schwerpunkte der diesjährigen Ausgabe liegt auf der Betrachtung regionaler Versorgungs- und Kostenunterschiede
- Zwei Artikel aus „Gesundheitswesen aktuell 2011“ werden genauer vorgestellt
 1. Uwe Repschläger – Die Verteilung von **Morbidität** in Deutschland
 2. Dirk Göppfarth – Regionalmerkmale im **Risikostrukturausgleich**

Morbiditätsatlas I

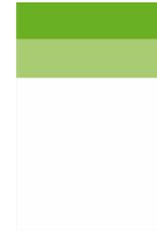


- grundsätzlicher Konsens zu bestehenden „Über-, Unter- & Fehlversorgungen“ bei im internationalen Vergleich hohen Versorgungsniveau, z.B.
 - Hausärzte im ländlichen Raum
 - Fachärzte in Ballungszentren
- Schwierigkeiten bei der Konkretisierung von Mängeln
- bedarfsgerechte Bereitstellung von Gesundheitsressourcen ist Voraussetzung für Qualität und Effizienz der Versorgung



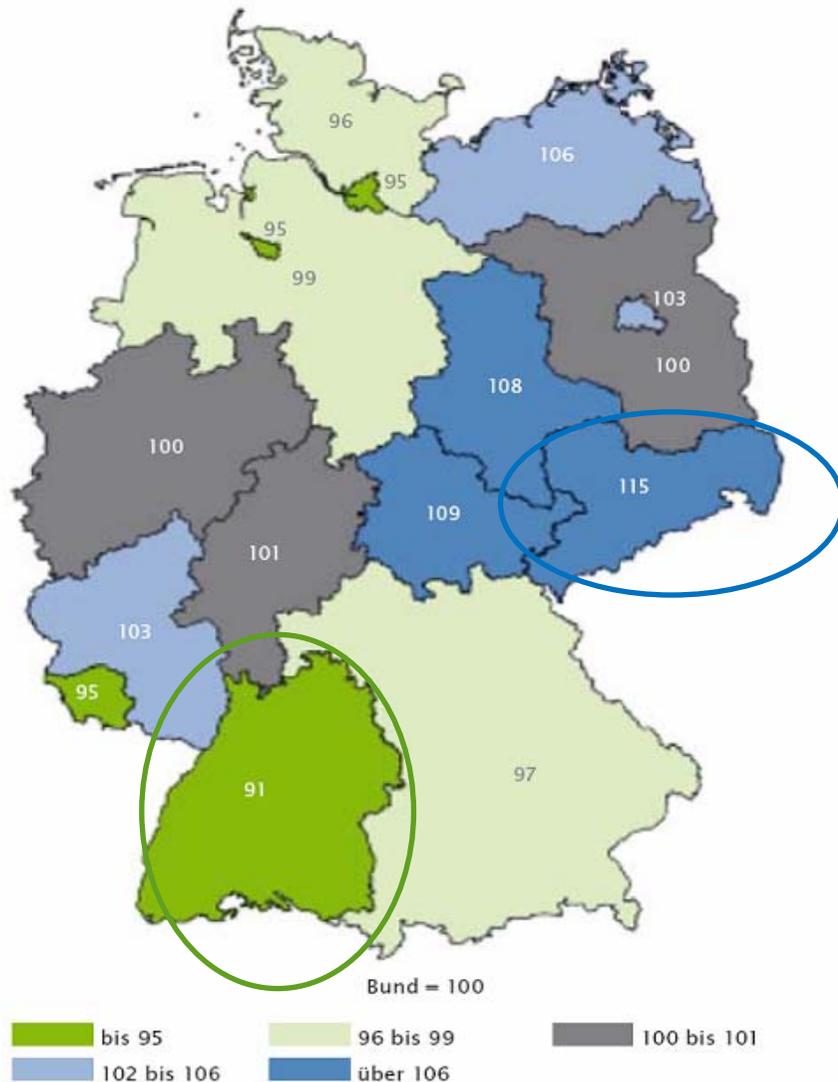
- Übliche Identifikationsansätze vergleichen die vorgehaltenen *Ressourcen* (z.B. Anzahl Ärzte, Krankenhausbetten).
 - 372 Einwohner je Arzt in Bremen
 - 513 Einwohner je Arzt in Bayern
 - 608 Einwohner je Arzt in Sachsen-Anhalt
 - 651 Einwohner je Arzt in Brandenburg
- Rückschlüsse auf die Versorgungssituation erst möglich unter Einbeziehung der Nachfrage bzw. des Versorgungsbedarfes.
- (Bundesweite) Kassen verfügen über *regionale Informationen* zur Morbidität der Bevölkerung.

Morbiditätsatlas I



- Daten von 8,4 Mio. Versicherten (individualisiert, pseudonymisiert)
- Vergleich der Morbidität nach dem *Wohnortprinzip*
- Vergleich auf Basis der *normierten 80 Krankheiten des M-RSA* (z.B. *Bluthochdruck, Diabetes, Depression...*)
- Identifikation über ambulante Diagnosen, stationäre Diagnosen und Arzneimittelverordnungen
- 43% aller Versicherten weisen bundesweit mindestens eine der 80 Krankheiten auf

alle 80 Krankheiten
Häufigkeiten nach Ländern, BARMER GEK 2009



Morbiditätsatlas I

80 Krankheiten des M-RSA:

- morbideste Versicherte in Sachsen
- gesündeste Versicherte in Baden-Württemberg

- hoher Einfluss der Altersstrukturen

- erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern
- erhebliche Unterschiede innerhalb von Ländern

Quelle: eigene Berechnung

Morbiditätsatlas I

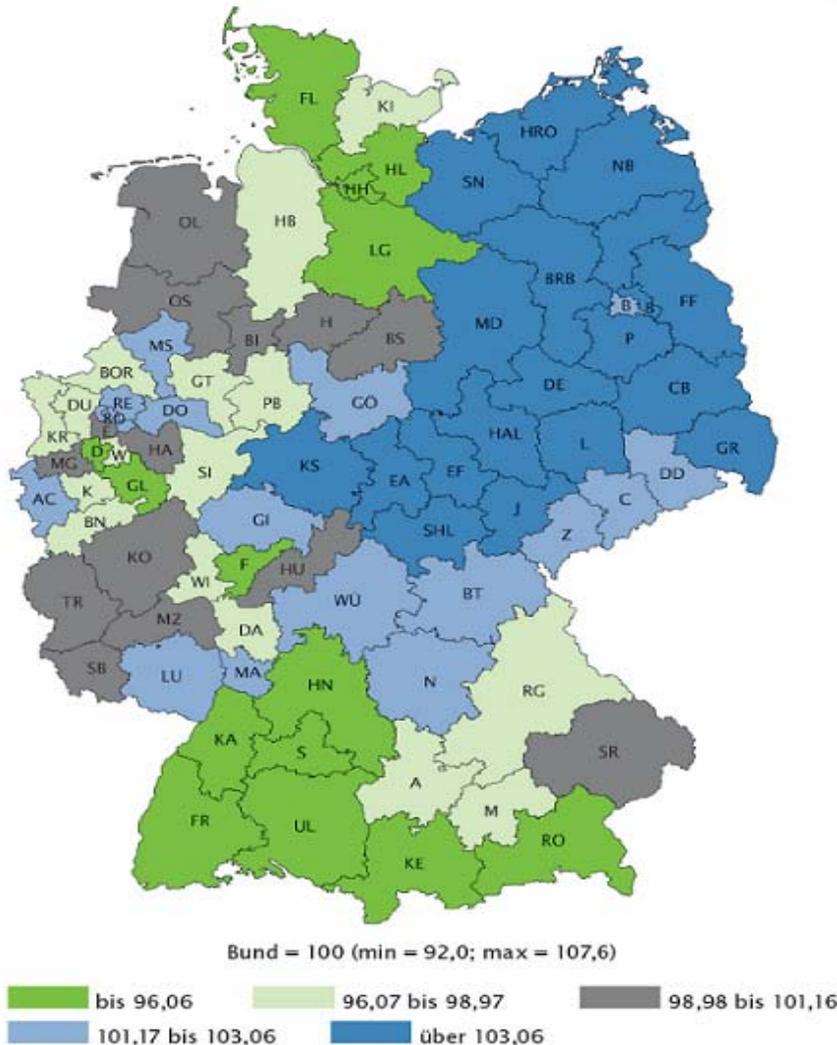


- In der vorherigen Graphik wurden tatsächliche vorherrschende Unterschiede dargestellt.
- Vor allem das Alter beeinflusst die Häufigkeit stark (chronische Erkrankungen). Für die folgenden Graphiken wurde der Effekt, der auf Alters- und Geschlechtsunterschiede zurückzuführen ist, herausgerechnet (sogenannte Standardisierung).
- Die erste Darstellungsform liefert Informationen über den Versorgungsbedarf vor Ort.
- Die zweite Darstellungsform zeigt Auffälligkeiten, die nicht durch die Alters- und Geschlechtsstruktur erklärt werden können.

alle 80 Krankheiten, standardisiert
Häufigkeiten nach 78 Regionen, BARMER GEK 2009



Morbiditätsatlas I



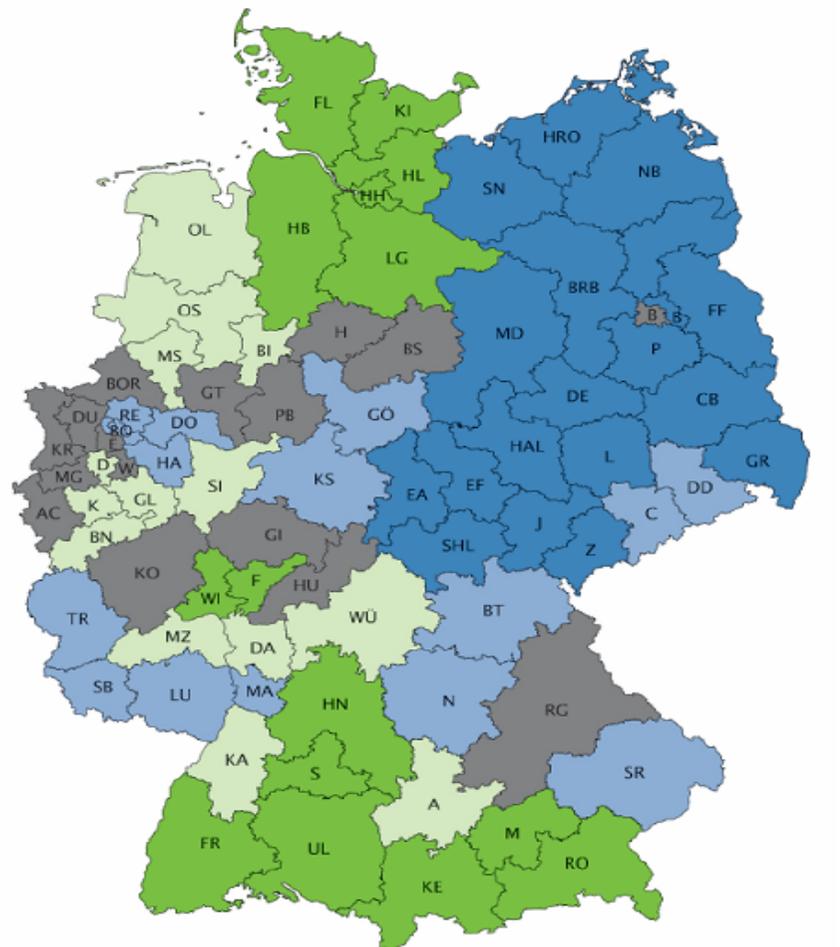
Quelle: eigene Berechnung

- Vergleiche auf Länderebene zu grob
- Kreise, Städte, PLZ sind zu kleinräumig
- 78 Teilregionen (> 60.000 Versicherte)
- die Morbidität im Osten ist (auch nach Herausrechnen von Alters- & Geschlechtsunterschieden) flächendeckend signifikant höher als im Westen
- höchste Morbidität in Halle, Schwerin, Leipzig
- niedrigste Morbidität in Stuttgart, Kempten und Ulm
- Betrachtung auch nach einzelnen Krankheiten oder Krankheitsgruppen möglich

Herz-/Kreislaufkrankungen, standardisiert
Häufigkeiten nach 78 Regionen, BARMER GEK 2009



Morbiditätsatlas I



Bund = 100 (min = 81,4; max = 124,5)



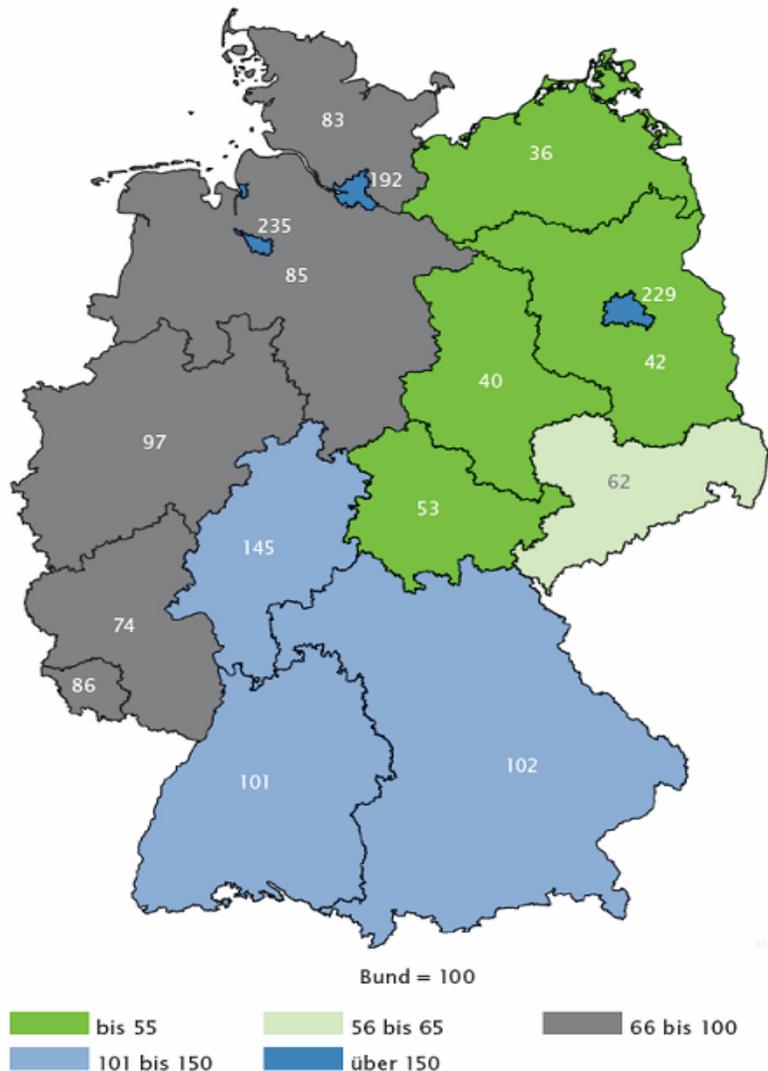
- höchste Morbidität in Dessau, Halle, Cottbus (24% über dem Erwartungswert)
- niedrigste Morbidität in Ulm, Stuttgart, Hamburg (18% unter dem Erwartungswert)
- die Morbidität in den östlichen Bundesländern ist in den meisten, nicht aber in allen Krankheitsbildern höher als in den westlichen Bundesländern

Quelle: eigene Berechnung

Niedergelassene Psychotherapeuten 2009 Dichte nach Ländern (Bund = 100)



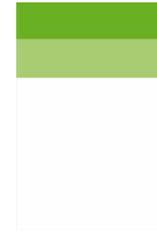
Morbiditätsatlas I



- höchste Dichte in den Stadtstaaten (> 150% zum Bundesdurchschnitt)
- Regionen im Osten deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (< 50%)
- hohe Korrelation zwischen Angebot und Diagnosestellung – wer über- und wer unterversorgt ist, lässt sich nicht einfach beantworten

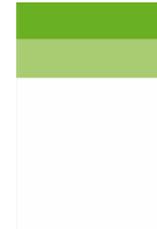
Quelle: Bundesärztereister der KBV 2010, eigene Darstellung

Morbiditätsatlas II



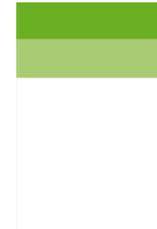
- Kassendaten machen Morbiditäts- & Versorgungsunterschiede deutlich.
- Fragen z.B. der regionalen Kapazitätsplanung können so rationaler gelöst werden.
- Der Morbi-RSA führt dazu, dass Regionen mit überdurchschnittlicher Morbidität auch höhere Finanzmittel erhalten.
- Göppfarth untersucht in seinem Artikel, inwieweit regionale Merkmale im heute „*bundeseinheitlichen*“ M-RSA zusätzlich berücksichtigt werden sollten.

Regionale Merkmale II



- Die unterschiedliche Höhe der Einkommen spielt keine Rolle im Gesundheitsfonds, alle Regionen erhalten heute zudem den selben Betrag für einen Diabetiker, Hypertoniker usw.
- Einzelne Länder befürchten dadurch finanzielle Nachteile und fordern eine „Regionalisierung“ des M-RSA – meist auf Länderebene und meist ohne weitere Konkretisierung.

Regionale Merkmale II

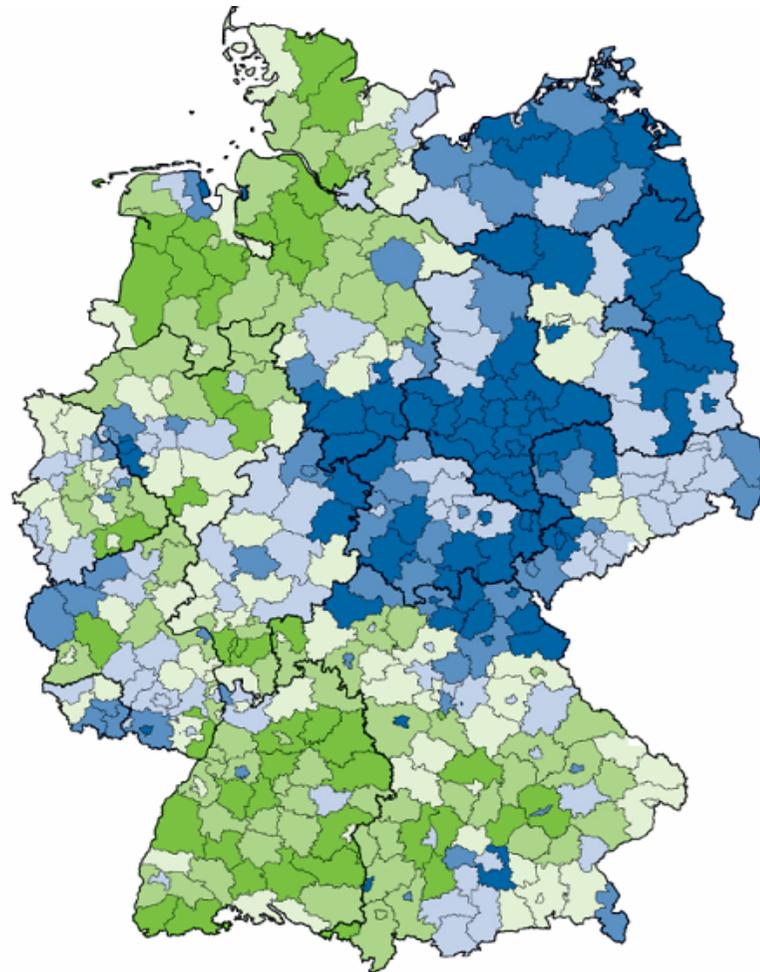


- Göppfarth untersucht, welche Unterschiede es in den regionalen Gesundheitsausgaben gibt und welche Ursachen diese haben.
- Die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten lagen in 2009 bundesweit bei 2.101 € und schwanken auf *Landkreisebene* zwischen 1.718 € (Vechta) und 2.735 € (Bad Kissingen).
- Auf Krankenkassenebene schwanken die Ausgaben zwischen 904 € und 2.977 €.

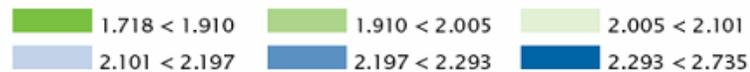
Leistungsausgaben je GKV-Versicherten 2009 nach Landkreisen



Regionale Merkmale II



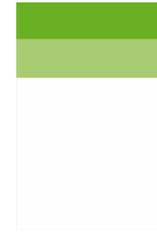
Ausgaben (roh)



- höhere Leistungsausgaben in den neuen Bundesländern
- entsprechend der Altersstruktur
- entsprechend der Prävalenz der Krankheiten (BARMER GEK)

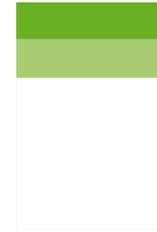
Quelle: eigene Berechnung

Regionale Merkmale II



- Alters- & Geschlechtsunterschiede erklären die Varianz der Ausgaben zu einem großen Anteil, den größten Anteil jedoch nicht.
- die zusätzliche Berücksichtigung von 80 (kostenintensiven, chronischen oder schwerwiegenden) Krankheiten erklärt zusätzlich einen erheblichen Anteil der Varianz. *Insofern hat der Schritt von einem soziodemographischen zu einem morbiditätsorientierten RSA zu einem weiter ausgeglichenem System geführt.*
- Es verbleiben jedoch (regionale) Ausgabenunterschiede, die sich allein anhand dieser Merkmale (Alter, Geschlecht, 80 Krankheiten) nicht erklären lassen.

Regionale Merkmale II

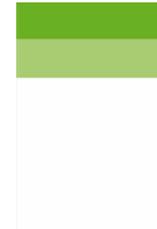


- Göppfahrt kommt hier zu dem Ergebnis, dass *zusätzlich*
 - die *Arbeitslosenquote* keine Erklärung liefert
 - die *Einkommenshöhe* eine Rolle spielt (negativ)
 - das *Bildungsniveau* eine Rolle spielt (uneindeutig)

 - die *Bevölkerungsdichte* der Region eine Rolle spielt (positiv)
 - die *Angebotsdichte* der Region eine Rolle spielt (positiv)

 - die *Wirtschaftskraft* der Region eine Rolle spielt (positiv)
 - der *Dienstleistungsanteil* an der Wirtschaft (positiv)
 - der Anteil der *Einpersonenhaushalte* eine Rolle spielt (positiv).

Regionale Merkmale II



- neben Alter und Geschlecht werden im M-RSA 80 ausgewählte Krankheiten berücksichtigt.
Die Gutschriften sind bundeseinheitlich.
- (vor allem) regional unterschiedliche Vergütungshöhen und Kostenstrukturen werden im M-RSA nicht berücksichtigt
- dadurch können sich in einzelnen Regionen Über- & Unterdeckungen bei Einnahmen und Ausgaben ergeben

Regionale Merkmale II

Deckungsgrad der Einnahmen (RSA) zu den Leistungsausgaben

Einnahmen zu Ausgaben	
Trier	106%
Chemnitz	105%
Dresden	104%
Paderborn	104%
Eisenach	103%

Einnahmen zu Ausgaben	
München	90%
Hamburg	92%
Bochum	94%
Recklinghausen	95%
Dortmund	95%

Die Unterschiede innerhalb von Ländern sind größer, als zwischen den Ländern. Eine Regionalisierung des M-RSA auf Länderebene bietet daher keine Verbesserung des Systems.

Alternativen wären ein Hochrisikopool oder die Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte (Niederlande).

Statement

Gesundheitswesen aktuell 2011

**Krankenhausinfektionen und multiresistente Erreger
Transparenz durch Krankenkassen-Routinedaten**

von Dr. Ursula Marschall
Leiterin des Kompetenzzentrums Gesundheit der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
am 31. August 2011 in Berlin

Routinedaten von Krankenkassen nutzen

400.000 bis 600.000 Patienten erkranken jährlich an sogenannten nosokomialen Infektionen, also Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben werden. Bei 10.000 - 15.000 Betroffenen sind diese Infektionen vermutlich auch die Todesursache. Diese Zahlen und der Anstieg der zunehmenden Resistenz der Antibiotika gegen die Problemkeime erscheinen zunächst alarmierend. Allerdings beruhen diese Angaben überwiegend auf Schätzungen. Valide Daten sind nur aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System KiSS verfügbar. Hier haben sich 800 Kliniken freiwillig zusammengeschlossen und liefern Daten ausschließlich aus dem stationären Behandlungssektor.

Wir brauchen aber auch valide Daten über sektorenübergreifende Behandlungsverläufe, insbesondere für die Weiterentwicklung von Hygienestrategien, Gesetzesgrundlagen und Verordnungen.

Routinedaten von Krankenkassen können hier einen wichtigen Beitrag zu mehr Transparenz liefern. Die Daten der BARMER GEK bilden ca. 10 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland ab. Allein zur Analyse der Krankenhausdaten im Jahr 2009 standen 1,9 Millionen Krankenhaufälle zur Verfügung. Die Datenqualität ist hoch, denn die Codierung der infizierten Patienten ist erlösrelevant.

Verdopplung der asymptomatischen Keimträger

Unsere Datenanalyse setzt vor der Vereinigung ein. Im Jahr 2006 wurde bei der ehemaligen BARMER bei 6.700 Versicherten ein multiresistenter Keim codiert. Im Jahr 2009 erfolgte dies bei 13.700. Dies entspricht 0,9 Prozent aller BARMER Versicherten und bedeutet die Verdopplung der Fälle innerhalb von vier Jahren.

Am häufigsten tritt eine Infektion mit dem methicillinresistenten Staphylokokkus aureus (MRSA) auf, aber auch Infektionen mit Darmbakterien sind auf dem Vormarsch.

Dabei ist folgender Hinweis wesentlich: Der Keimnachweis bei einem Patienten bedeutet nicht, dass der Patient auch erkrankt ist und entsprechende Symptome zeigt. Die ICD-Krankheitsklassifikation unterscheidet zwischen symptomatischen Keimträgern, also „Kranke“ mit Krankheitssymptomen und asymptomatischen Keimträgern, „Gesunde“ ohne Krankheitszeichen, aber mit Keimnachweis. Diese Differenzierung ist erforderlich, um Versorgungsrealitäten abzubilden, allerdings häufig nicht bekannt oder in der Medienberichterstattung vernachlässigt. Demnach relativiert sich auch das Bild der Neuinfektionen. Denn die Betrachtung der Krankenhaufälle im Jahr 2009 mit eindeutiger Zuordnung zu einer dieser Kategorien zeigt folgendes Bild:

- Rückgang des Anteils der symptomatischen Keimträger, also der tatsächlich Erkrankten, um 1/5
- Verdoppelung der asymptomatischen Keimträger

Keimbesiedelung und Risikogruppen

Multiresistente Keime treten vor allem bei älteren, chronisch kranken Patienten mit reduzierter Abwehrkraft auf. Bei der BARMER waren im Jahr 2009 durchschnittlich 11 Prozent aller Krankenhausfälle zwischen 70 und 75 Jahre alt. Ein multiresistenter Keim wurde aber bei 17 Prozent aller Krankenhausfälle der Patienten zwischen 80- und 84 Jahren festgestellt.

Besonders betroffen sind drei Krankheitsgruppen mit schweren Krankheitsverläufen:

- 72% der Fälle: Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit schweren Komplikationen wie z.B. Nierenschädigungen
- 92% der Fälle: Patienten mit Atherosklerose der Extremitätenarterien und bereits eingetretenen chronischen Wunden
- 78% der Fälle: Patienten mit hochgradiger Herzschwäche

Die Analyse der spezifischen MRSA-Raten je Lebensaltersgruppe bei diesen Erkrankungen zeigt jeweils ein eigenes Muster in Abhängigkeit vom Lebensalter.

Bei Typ 2 Diabetikern ist die Rate an MRSA-Fällen in allen Altersgruppen etwa gleich groß. Die Patienten mit Gefäßerkrankungen an den Extremitäten zeigen eine besonders hohe Rate an MRSA-Fällen bei jüngeren und hochbetagten Patienten. Bei Patienten mit Herzschwäche sinkt die Rate deutlich mit dem Lebensalter. Das zeigt, dass Eingriffe wie Operationen oder andere Interventionen wie z.B. Katheterbehandlungen wesentlich häufiger bei jungen Patienten vorgenommen werden.

Poststationäre Weiterbehandlung

Patienten, bei denen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ein multiresistenter Erreger nachgewiesen wurde, müssen aus medizinischen Gründen nicht bis zur abgeschlossenen Keimsanierung im Krankenhaus verbleiben. Eine Entlassung nach Hause ist besonders im Falle asymptomatischer Keimträger sinnvoll und geschieht in 70 Prozent der Fälle. Das Augenmerk muss aber verstärkt auf die Weiterbehandlung infizierter Patienten in Pflegeeinrichtungen gerichtet werden. Während im Jahr 2006 400 Fälle mit Keimnachweis in Pflegeeinrichtungen entlassen wurden, verdreifachte sich die Anzahl im Jahr 2009 auf 1.200. Diese Entwicklung muss kritisch vor dem Hintergrund der weiteren Keimverbreitung betrachtet werden. Multiresistente Keime eines asymptomatischen Keimträgers können auf

ältere und immungeschwächte Mitbewohner übertragen werden. Eine Begrenzung der Infektionsgefahr durch konsequente Hygienemaßnahmen ist hier besonders erforderlich.

Regionale Unterschiede beim Keimnachweis

Bundesweit liegt eine regional unterschiedliche Verteilung der Krankenhausfälle mit MRSA-Nachweis vor. Im Jahr 2009 lag der Median bei 120 MRSA-Fällen pro 100.000 Personen. Jedoch schwankt die Häufigkeit zwischen 30 und 300 Fällen. In den westlichen Bundesländern werden erheblich mehr Fälle kodiert als im übrigen Bundesgebiet. Die meisten Fälle werden im Raum Mannheim gemeldet. Eine differenzierte Analyse zeigt, dass hier weit überdurchschnittlich viele MRSA-Keimträger kodiert wurden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass in dieser Region besonders viele Menschen an resistenten Keimen erkranken. Es kann auch bedeuten, dass hier besonders konsequent nach resistenten Keimen gesucht wird.

Ausblick

Mit den Änderungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind wesentliche Voraussetzungen geschaffen, um bundesweit einheitliche Maßnahmen zur Prävention und Reduzierung von Krankenhausinfektionen zu etablieren. Ziel ist es, das weitere Voranschreiten von Antibiotikaresistenzen zu stoppen.

Bei der wirksamen und schlanken Maßnahmenumsetzung sind die Hygieneexperten aller relevanten Institutionen gefordert. Blockadehaltungen oder Betonpositionen schaden der Gesundheitsversorgung insgesamt. Die BARMER GEK schlägt vor, auch bei der Dokumentation zum Thema Hygiene die Routinedaten der Krankenkassen zu nutzen. Hier kann auf die Erfahrung aus der stationären Qualitätssicherung zurückgegriffen werden. Doppelerhebungen von Daten werden damit vermieden.

Kritisch ist allerdings die neue Regelung, zunächst eine befristete Vergütungsregelung in der ambulanten Versorgung einzuführen. Bereits heute können Vertragsärzte vor einem geplanten Eingriff im Krankenhaus oder bei einem begründeten Verdacht auf Infektion mit einem multiresistenten Erreger Tests und Behandlungen durchführen, die von den Kassen bezahlt werden. Auch in den stationären DRG-Fallpauschalen sind die Mehraufwendungen für Hygienemaßnahmen bei der Behandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern bereits enthalten.

Ein letzter Hinweis: Die Vergütung der rein präventiven Untersuchung auf multiresistente Erreger, das Screening, fällt nicht in den Leistungsbereich der GKV. Es muss geklärt

werden, ob diese Aufgabe nicht in den Zuständigkeitsbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit in die Zuständigkeit der einzelnen Bundesländer fällt. Im IfSG werden die Gesundheitsämter ausdrücklich als zuständige Behörden bestimmt, wenn fachliche Aspekte des Seucheschutzes berührt sind.

Krankenhausinfektionen und multiresistente Erreger

Transparenz durch Krankenkassen- Routinedaten

BARMER GEK Hauptverwaltung
Lichtscheider Strasse 89
42285 Wuppertal
31. August 2011
Berlin

Ansprechpartnerin: Dr. med. Ursula Marschall
Leitung Kompetenzzentrum Medizin
HA Unternehmensstrategie und Controlling
ursula.marschall@barmer-gek.de
Telefon 0800 332060 99 -1523,
Telefax 0800 332060 99 -1521





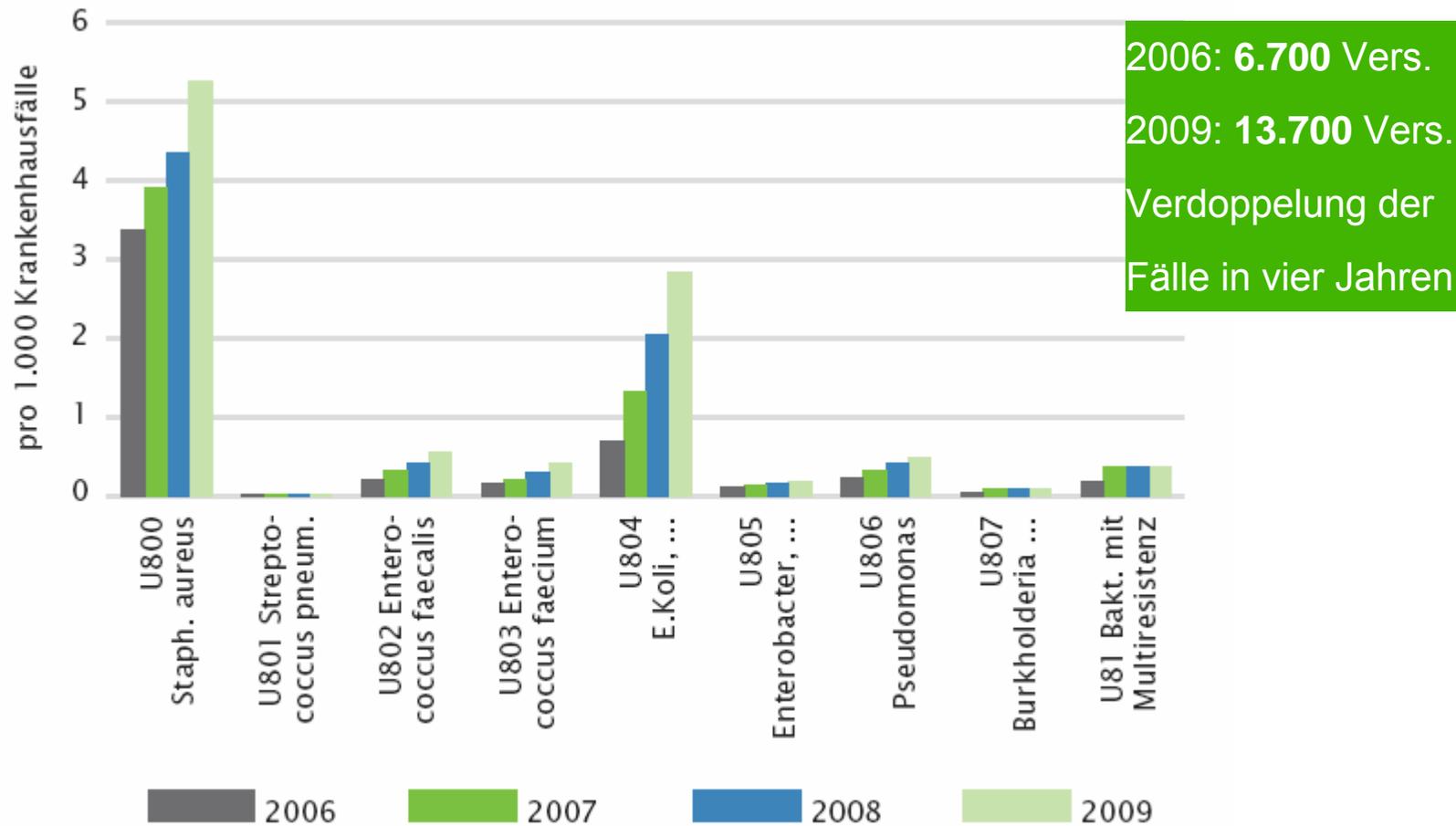
„Das Problem“

- Weiterer Anstieg nosokomialer Infektionen
- 400.000 – 600.000 Betroffene erkranken jährlich
- 10.000 – 15.000 Todesfälle

Aber

- Zahlen zu nosokomialen Infektionen beruhen auf Schätzungen
- Verfügbare Daten aus KISS (Krankenhaus-Surveillance System)
 - Freiwillige Teilnahme von 800 Krankenhäuser in Deutschland
- Valide Daten für Entwicklung von Hygienestrategien und Grundlage von Verordnungen und Gesetze erforderlich
- Krankenkassendaten können hier Beitrag zur Transparenz liefern

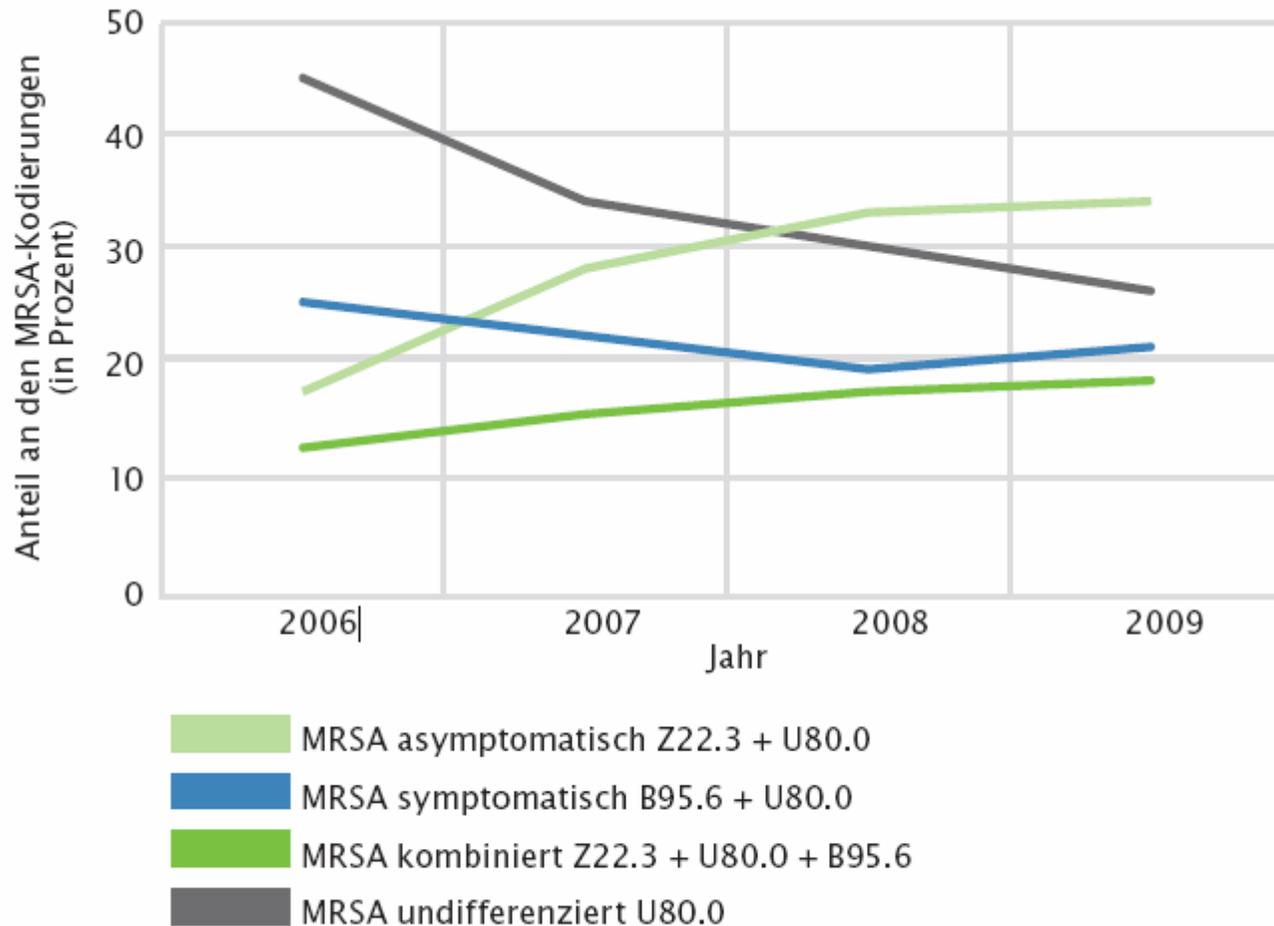
Anstieg der Krankenhausfälle mit resistenten Erregern



Quelle: BARMER-Daten 2006 bis 2009



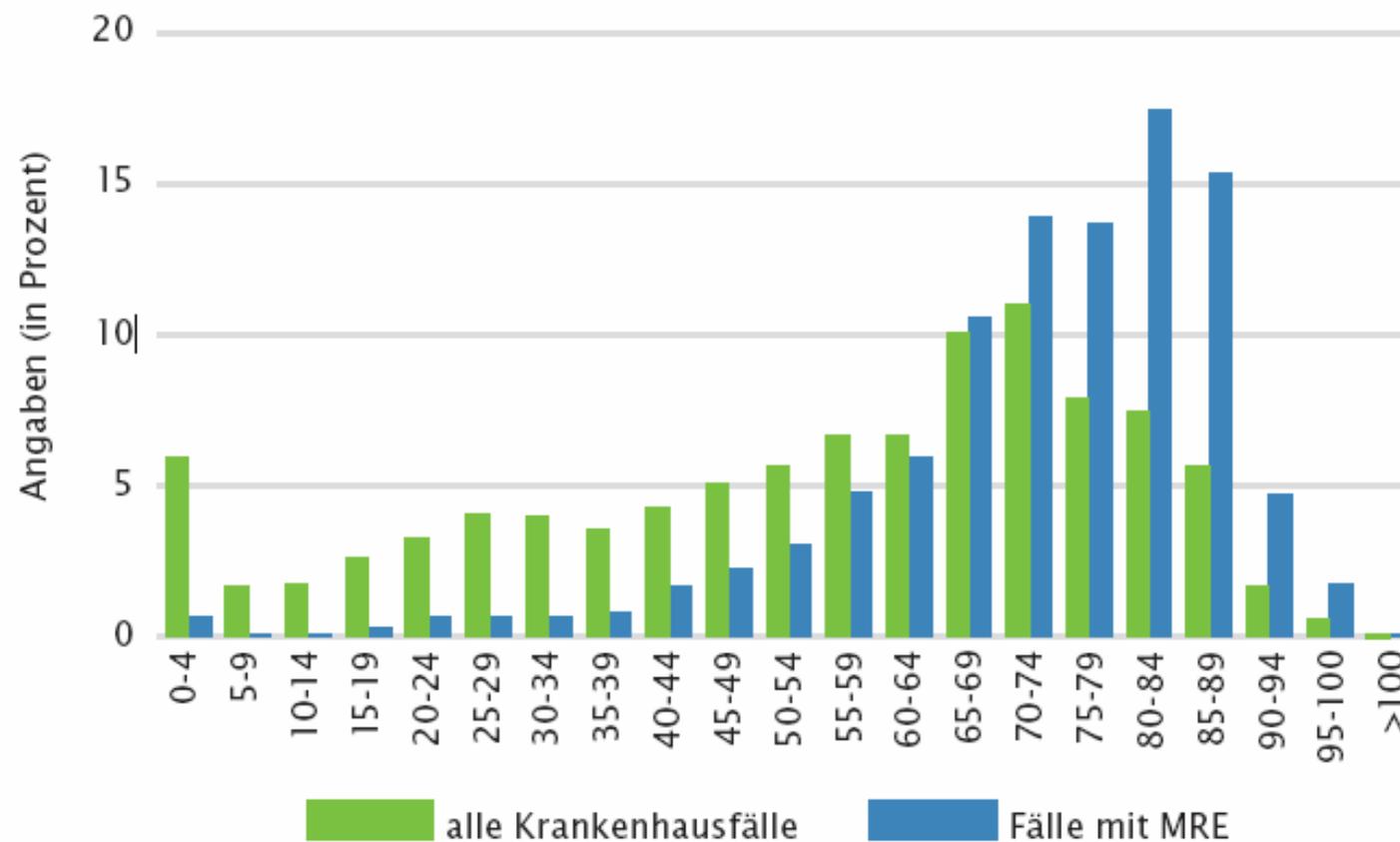
Symptomatische und asymptomatische Keimträger



Quelle: BARMER-Daten 2006 bis 2009



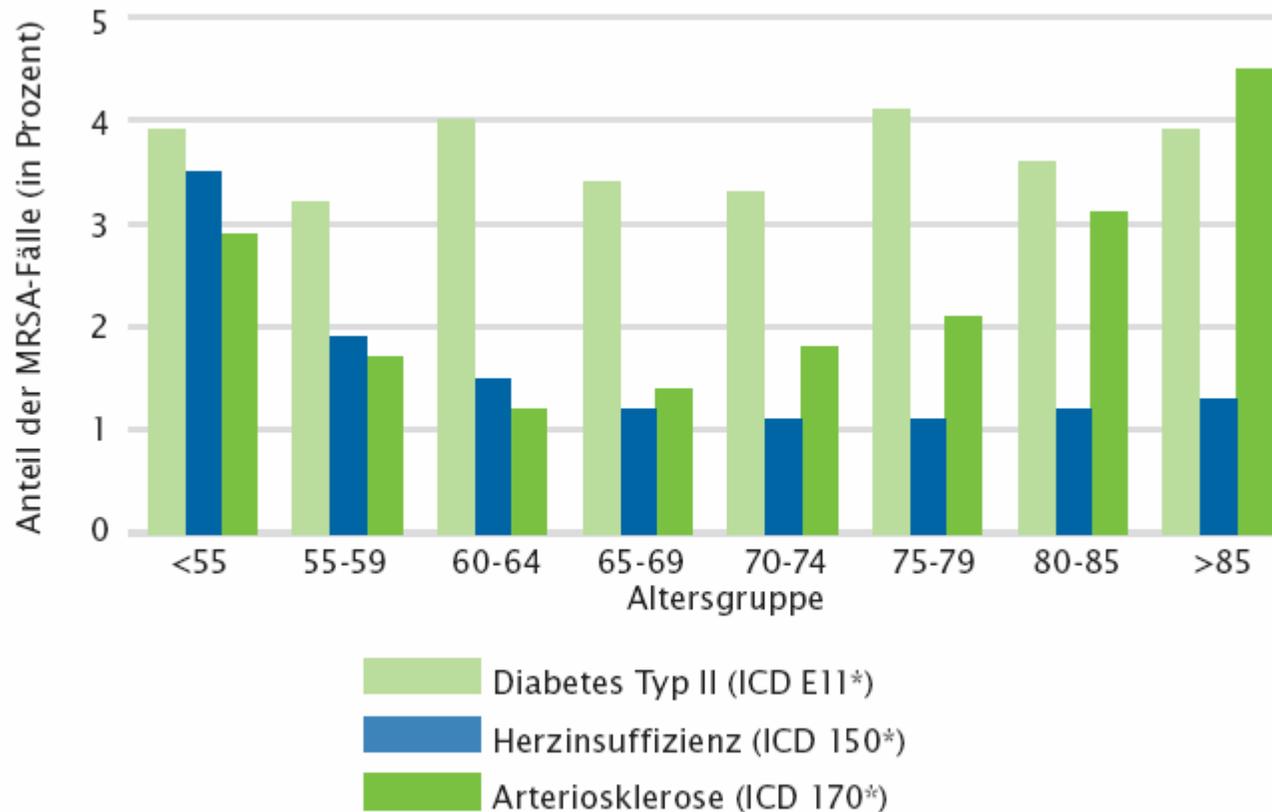
Altersverteilung Krankenhausfälle



Quelle: BARMER-Daten 2009



Keimbeseidung und Risikogruppen

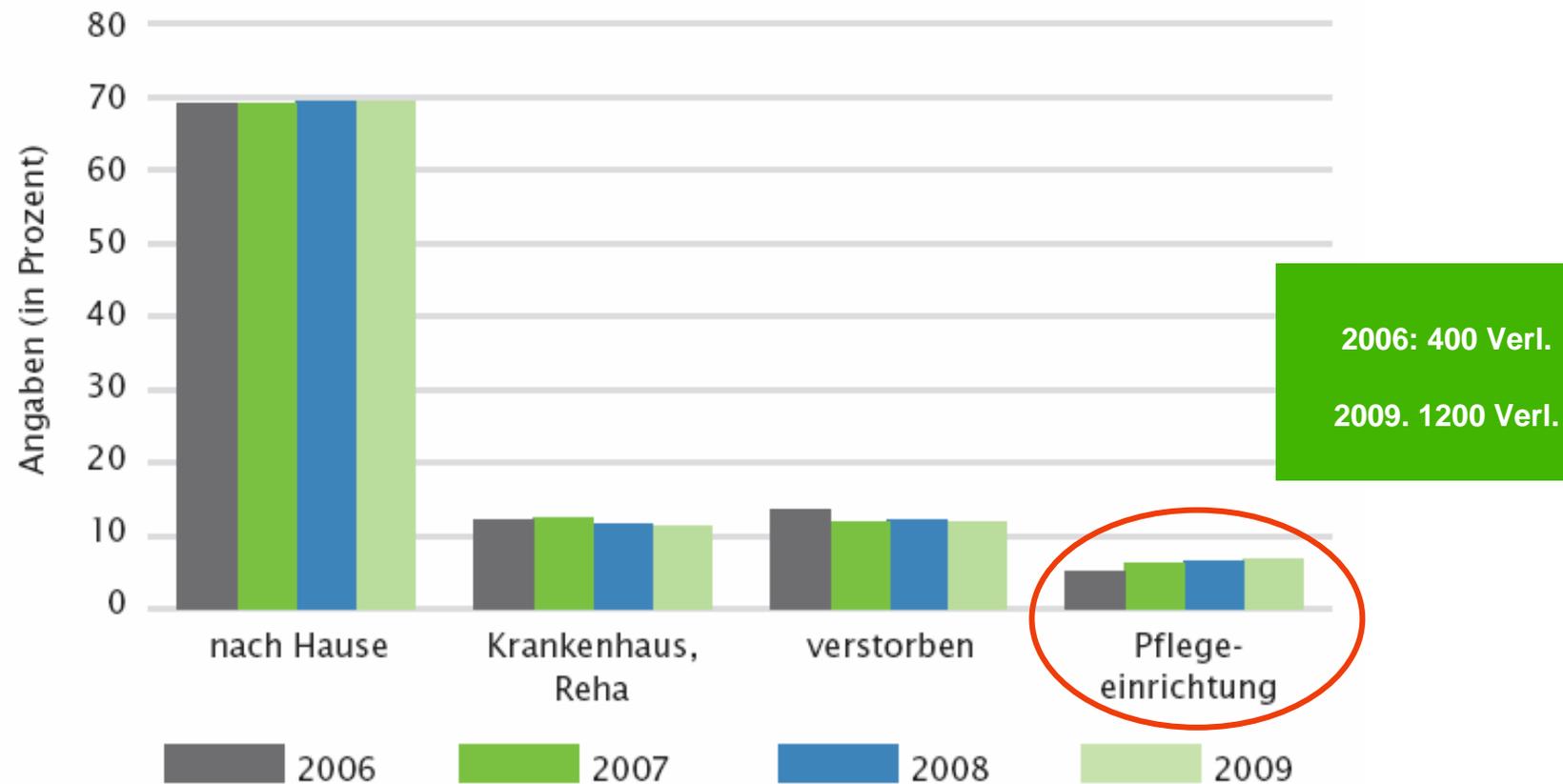


Datenbasis:
200.000 Krhs-Fälle
mit spez. Erkrankung
im Jahr 2009

Quelle: BARMER-Daten 2009



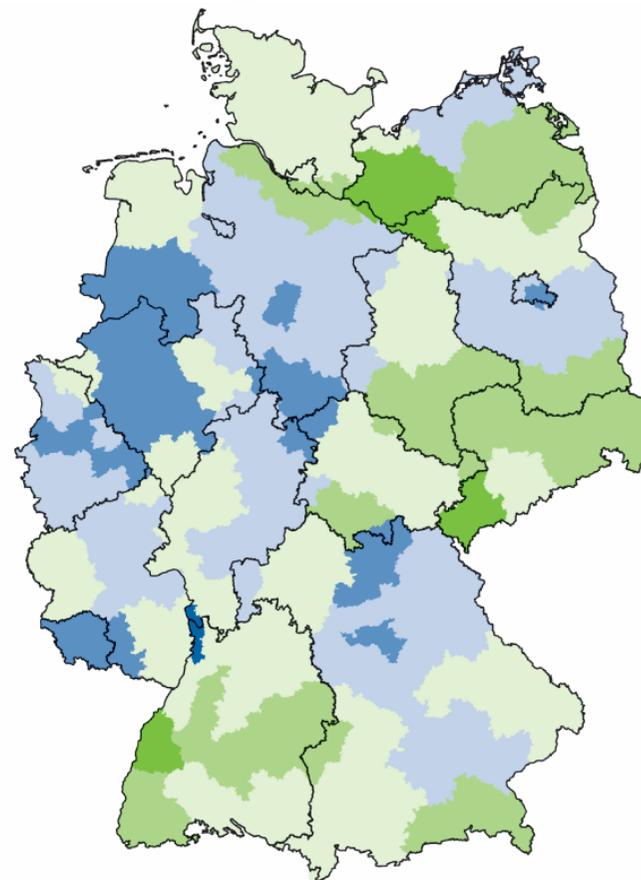
Poststationäre Weiterbehandlung



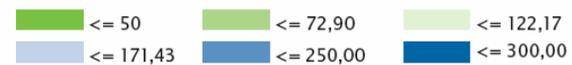
Quelle: BARMER-Daten 2006 bis 2009



Regionale Verteilung der Krankenhausfälle



MRSA-Rate pro 100.000 GKV Versicherten



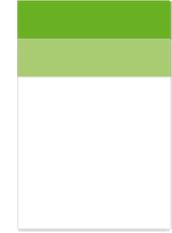
Quelle: BARMER-Daten 2009; standardisiert auf eine GKV-Standardbevölkerung



Fazit und Forderungen

BARMER GEK begrüßt ausdrücklich die Änderungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG)

- Bürokratischer Aufwand für Dokumentation der Infektionsfälle darf nur mit geringem zusätzlichem Aufwand verbunden sein
 - Prüfung, ob Routinedaten der Krankenkassen zu nutzen sind
- **Kritische Diskussion:**
 - Befristete Vergütungsregelung bei Vertragsärzten
 - bei begründetem Verdacht Tests und Behandlung bereits heute im GKV-Leistungsumfang enthalten
 - Mehraufwendung für Behandlung von MRSA-Fällen auch heute schon in DRG-Pauschalen enthalten
 - Vergütung der präventiven Untersuchung (Screening) fällt nicht in Leistungsumfang der GKV



Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!



BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011

- Tabellen und Infografiken

Inhalt:

› Infografik 1

Krankheitslast nach Bundesländern

› Infografik 2

Regionen im Morbiditätsvergleich

› Infografik/Tabelle 3

Häufigkeit der 80 Krankheiten nach Regionen

› Infografik 4

Relative Ärztedichte

› Infografik 5

Relative Krankenhausbettendichte

› Infografik 6

Relative Krankenhaustage-Anzahl

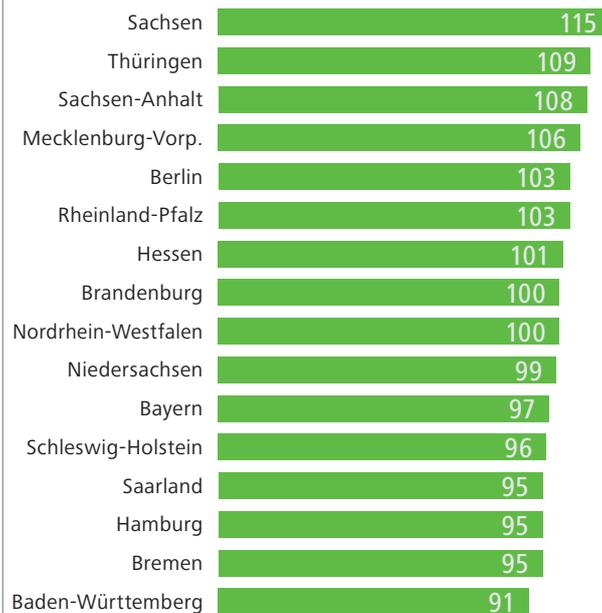
› Infografik 7

Relative Psychotherapeutendichte

Infografiken (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Krankheitslast nach Bundesländern

Häufigkeit von 80 Krankheiten im Jahr 2009,
Bundesdurchschnitt = 100



Quelle: BARMER GEK

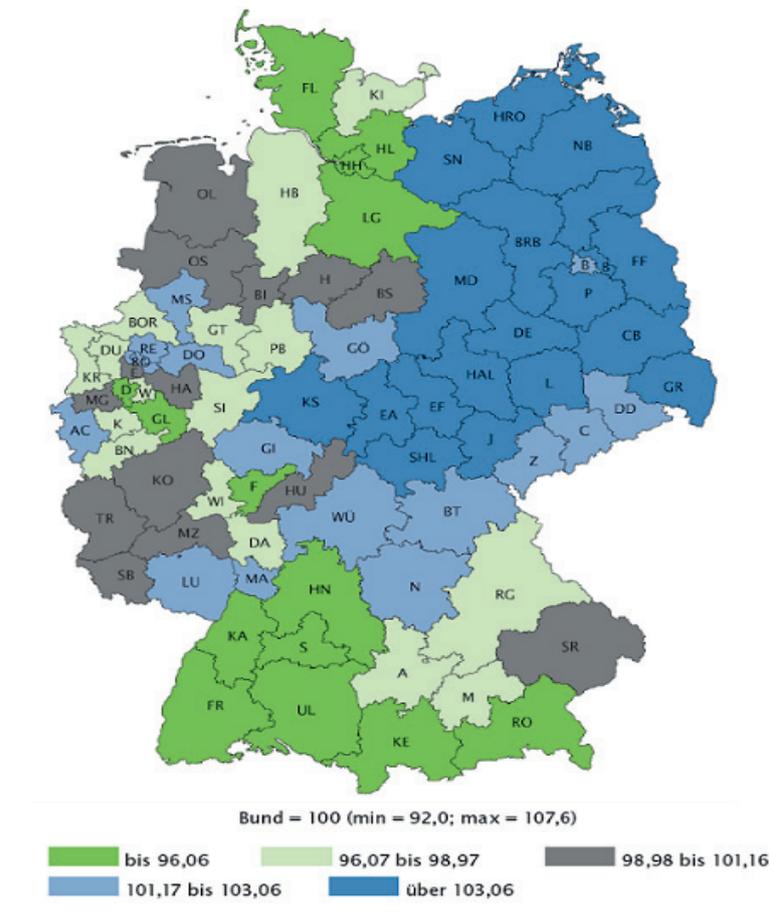
[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Häufigkeit der 80 Krankheiten nach Regionen im Jahr 2009

78 Regionalgeschäftsstellen, standardisiert, Bundesdurchschnitt = 100 %



Quelle: eigene Berechnung

[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Häufigkeit der 80 Krankheiten nach Regionen im Jahr 2009

78 Regionalgeschäftsstellen, standardisiert, Bundesdurchschnitt = 100 %

RGS	Raum	ABW_G
2400	Neubrandenburg	5,7%
2600	Rostock	5,9%
2700	Schwerin	7,3%
3600	Brandenburg	3,8%
3700	Cottbus	6,4%
4000	Frankfurt/Oder	6,3%
4200	Potsdam	4,6%
4700	Dessau	5,4%
5000	Halle	7,6%
5300	Magdeburg	4,0%
6100	Chemnitz	2,3%
6200	Dresden	2,9%
6600	Görlitz	4,8%
7000	Leipzig	6,9%
7900	Zwickau	2,0%
8400	Eisenach	6,7%
8500	Erfurt	6,5%
9000	Jena	4,3%
9600	Suhl	5,8%
10700	Freiburg	-7,4%
11100	Karlsruhe	-4,5%
11900	Mannheim	2,5%
16400	Heilbronn	-4,4%
18400	Stuttgart	-8,0%
19500	Ulm	-7,5%
20300	Augsburg	-3,5%
21000	Bayreuth	2,3%
23800	Kempten	-7,9%
25100	München	-3,2%
26500	Nürnberg	1,8%
27200	Regensburg	-1,2%
27300	Rosenheim	-5,1%
27900	Straubing	0,1%
28900	Würzburg	1,2%
30200	Berlin - Mitte	2,2%
31400	Berlin - Ost	5,4%
35000	Hamburg	-4,9%
41100	Darmstadt	-2,3%
42200	Frankfurt	-4,2%

RGS	Raum	ABW_G
43700	Gießen	2,1%
44100	Hanau	0,1%
44500	Kassel	3,2%
47100	Wiesbaden	-3,4%
49400	Saarbrücken	0,9%
50800	Braunschweig	0,3%
50900	Bremen	-3,9%
53000	Göttingen	1,3%
53500	Hannover	-0,7%
55600	Lüneburg	-4,3%
56900	Oldenburg	-0,2%
57000	Osnabrück	-0,4%
62100	Koblenz	0,9%
62500	Ludwigshafen	2,4%
62800	Mainz	-0,6%
64300	Trier	1,0%
65000	Aachen	1,5%
65600	Bergisch Gladbach	-4,2%
65800	Bonn	-1,7%
66600	Düsseldorf	-4,9%
67400	Duisburg	-2,0%
68500	Essen	0,2%
71400	Köln	-2,1%
72900	Krefeld	-1,7%
74000	Mönchengladb.	-0,7%
79300	Wuppertal	-1,0%
81600	Bielefeld	-1,0%
81800	Bochum	3,1%
82100	Borken	-1,5%
83600	Dortmund	1,5%
85500	Gütersloh	-2,1%
86000	Hagen	0,2%
89200	Münster	1,2%
90600	Paderborn	-1,4%
91000	Recklinghausen	1,5%
91900	Siegen	-2,4%
96000	Flensburg	-4,5%
97000	Kiel	-3,4%
97600	Lübeck	-5,1%

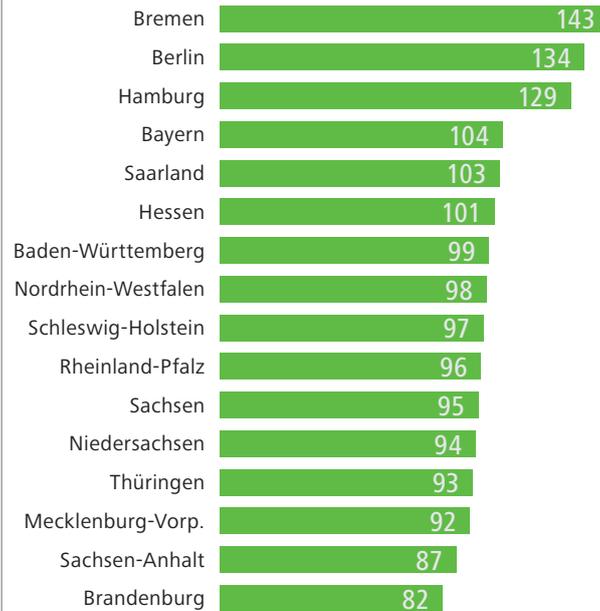
Zurück zum Inhalt



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
 Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Relative Ärztedichte*

nach Bundesländern 2009,
Bundesdurchschnitt = 100



* an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 31.12.2009

Quelle: Bundesärztereister der KBV 2010

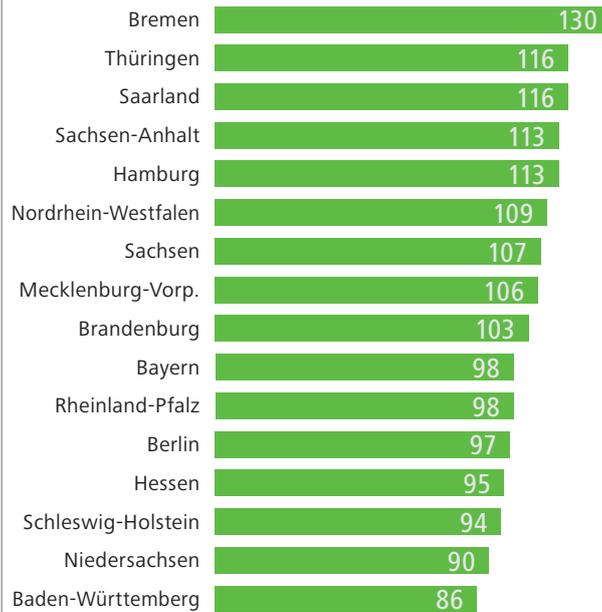
[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Relative Krankenhausbettendichte*

nach Bundesländern 2009,
Bundesdurchschnitt = 100



* aufgestellte Betten in den Krankenhäusern

Quelle: Statistisches Bundesamt

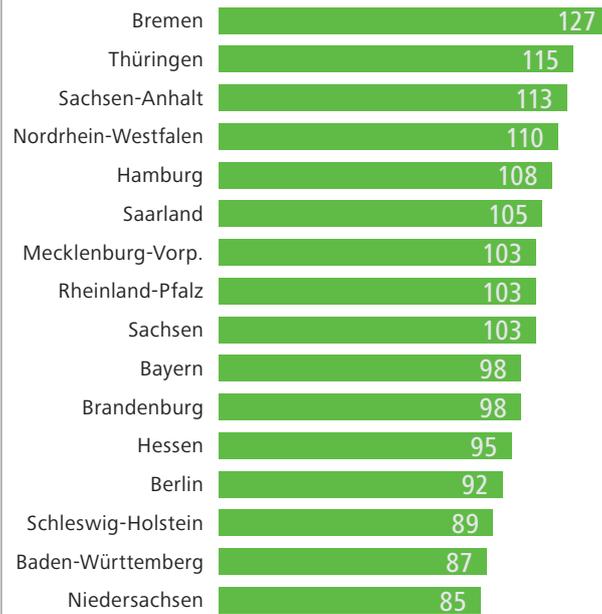
[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Relative Krankenhaustage-Anzahl

nach Bundesländern 2009,
Bundesdurchschnitt = 100



Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

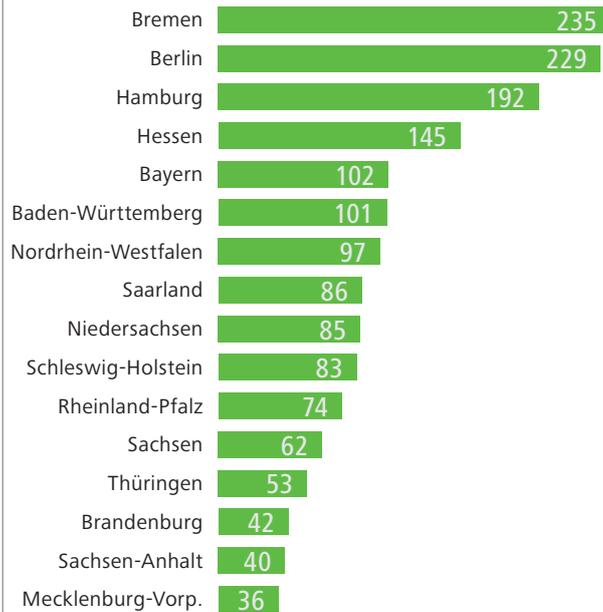
[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

Relative Psychotherapeutendichte

nach Bundesländern 2009,
Bundesdurchschnitt = 100



Quelle: Bundesärztereister der KBV 2010

[Zurück zum Inhalt](#)



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de) ) auch als editierbare Indesign-CS5-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.