

BARMER GEK Report Krankenhaus 2014

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 22. Juli 2014

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes, BARMER GEK

Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer

Pädagogische Hochschule Freiburg und AGENON Berlin

Athanasios Drougias

Leiter Unternehmenskommunikation, BARMER GEK (Moderation)

Pressemitteilung

Berlin, 22. Juli 2014

BARMER GEK Report Krankenhaus 2014

Koronare Herzkrankheit: Beschichtete Stents boomen

In Deutschland hat sich die Behandlung der koronaren Herzkrankheit spürbar verändert. Zwischen 2005 und 2013 erhöhte sich laut des heute in Berlin vorgestellten Reports Krankenhaus der BARMER GEK die Zahl der Eingriffe mit beschichteten Stents um 227 Prozent auf 204.400. 2013 wurden bei 61 Prozent aller Eingriffe zur Öffnung verengter Herzkranzgefäße beschichtete Stents eingesetzt. Aufwendige Bypass-Operationen am offenen Herzen verzeichnen einen Rückgang um 24 Prozent und der Anteil an Behandlungen mittels sogenannter Ballondilatation verharrt auf niedrigem Niveau. Die Zahl der Eingriffe mit unbeschichteten Stents sank um 71 Prozent. „Beschichtete Stents dürften heute bei der Behandlung verengter Herzkranzgefäße den Standard darstellen. Wir fragen uns allerdings, ob sich dieser Zuwachs ausschließlich medizinisch begründen lässt oder der Preis die Menge der Eingriffe beeinflusst“, kommentierte Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK, die Studienergebnisse.

Re-Interventionen häufig

Studienautorin Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer von der Pädagogischen Hochschule Freiburg erklärte die Zuwächse bei den beschichteten Stents unter anderem dadurch, dass heute auch Menschen mit koronarer Herzkrankheit behandelt würden, die früher aufgrund ihres Alters oder weiterer Erkrankungen nicht behandelt worden wären. Allerdings kämen angesichts der Ergebnisse des BARMER GEK Reports Krankenhaus Zweifel auf, ob die beschichteten Stents tatsächlich die in sie gesetzten Hoffnungen erfüllen können. So zeige sich auf Basis der repräsentativen Daten des Reports Krankenhaus eine hohe Rate von Wiederholungseingriffen bei beschichteten Stents. Jeder fünfte Patient müsse sich innerhalb von zwölf Monaten einer Re-Intervention unterziehen. Andererseits ist mit 15 Prozent die Sterblichkeit fünf Jahre nach der Implantation beschichteter Stents im Vergleich zu anderen Methoden am geringsten. Wunder seien aber durch die Verwendung beschichteter Stents nicht zu erwarten, so Bitzer.

Pressestelle

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

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

Preis macht Menge

BARMER GEK Vorstandsvize Schlenker knüpfte an das vor wenigen Tagen veröffentlichte Gutachten der Professoren Jonas Schreyögg (Hamburg) und Reinhard Busse (Berlin) zur Mengenentwicklung in deutschen Krankenhäusern an. Das Gutachten bestätige einen bemerkenswerten Zusammenhang zwischen Preis und Menge von Leistungen im Krankenhaus.

Aus Sicht der BARMER GEK lasse das Gutachten Schlussfolgerungen für die anstehende Reform der stationären Versorgung zu. „Wir plädieren vorrangig für eine neue Krankenhausbedarfsplanung, welche nicht Bettenkapazitäten einfach fortschreibt, sondern die regionale Versorgungssituation und eine qualitative Spezialisierung der Krankenhäuser fördert“, stellte der BARMER GEK Vorstandsvize klar. Insgesamt müsse die Krankenhausreform Qualität zur entscheidenden Kenngröße von Versorgung und Vergütung machen.

Fallzahlen steigen, Verweildauer sinkt

Der BARMER GEK Report Krankenhaus 2014 analysiert seit zehn Jahren die prägenden Trends in der akut-stationären Versorgung in Deutschland. Der Report belegt, dass die Fallzahl 2013 leicht um 1,3 Prozent zugenommen hat. Sie stieg von 204,1 Behandlungsfällen je 1.000 Versicherte im Jahr 2012 auf 206,7 im Jahr darauf. Die Verweildauer sank dagegen und liegt jetzt statt bei 7,7 bei 7,6 Tagen je Fall. Bei allen großen Krankheitsgruppen, wie Krebs oder Muskel-Skelett-Erkrankungen, sinkt die Verweildauer. Eine große Ausnahme bilden die „Psychischen und Verhaltensstörungen“. Hier stieg die Verweildauer seit 2005 um 36,2 Prozent.

Pressestelle

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

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

Daten aus dem Report Krankenhaus 2014 der BARMER GEK

- **Regionale Unterschiede bei Behandlungsdauer und –kosten (ab Seite 32):** Die Dauer der Behandlung ist regional verschieden. Schlusslicht ist Baden-Württemberg. Hier gibt es die niedrigste Anzahl an Krankenhausfällen und -tagen je 1.000 Versicherten (178,9 Krankenhausfälle und 1.428,2 Krankenhaustage). Nordrhein-Westfalen ist Spitzenreiter. Das Bundesland weist mit 229 Krankenhausfällen und 1.808,2 Krankenhaustagen je 1.000 Versicherten die höchste Inanspruchnahme aus. Die Ausgaben je Versicherten liegen zwischen 713 Euro in Baden-Württemberg und 882 Euro im Saarland.
- **Koronare Revaskularisation (ab Seite 53):** Koronare Revaskularisation ist der Versuch, verengte Herzkranzgefäße wieder zu öffnen und dadurch die Durchblutung und Sauerstoffversorgung des Herzens zu verbessern. Der Anteil der Patienten, die so behandelt werden, stieg von 2005 bis 2013 um vier Prozent. 2013 wurden fast 282.400 Krankenhausfälle gezählt, hinzu kamen fast 53.000 Bypass-Operationen. Das waren so viele Revaskularisationen wie noch nie. Insgesamt wurden jedoch weniger Patienten wegen einer Koronaren Herzkrankheit im Krankenhaus behandelt. Ihre Zahl sank zwischen 2005 und 2013 um 24 Prozent. Die Kosten für die koronare Revaskularisation lagen 2013 bundesweit bei 2,7 Milliarden Euro (nur Kosten im Krankenhaus).
- **Patienten und ihre Erfahrungen (ab Seite 111):** Für den Report Krankenhaus wurden ca. 3.500 Patienten der BARMER GEK nach ihren Erfahrungen zur Behandlung koronaren Herzkrankheit befragt. Dabei zeigten sich die Patienten zu mehr als 60 Prozent zufrieden mit dem Eingriff. Komplikationen beklagten oft Patienten mit einer Bypass-OP, vor allem wegen häufiger Wundheilungsstörungen.

Mehr Informationen

www.barmer-gek.de/544887

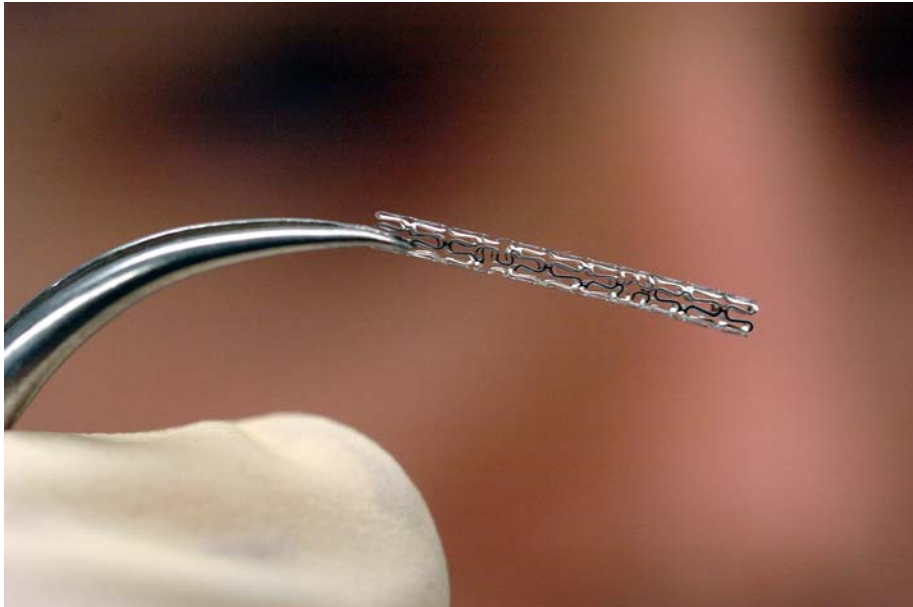
Pressestelle

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

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

Bildangebote (Quellenhinweis: dpa picture alliance)



Beschichtete Stents sind mittlerweile zum Standard der Behandlung koronarer Herzkrankheiten geworden. Das Bild zeigt einen Stent aus dem Jahr 2006 mit einer diamantähnlichen Plasmabeschichtung.



Die Zahl der koronaren Bypassoperationen hat zwischen 2005 und 2013 um 24 Prozent abgenommen.

Pressestelle

Axel-Springer-Straße 44
10969 Berlin

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

Statement

BARMER GEK Report Krankenhaus 2014

**Fallzahlen steigen: Mengenentwicklung ungebrochen
Der Boom bei beschichteten Stents**

von Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
„BARMER GEK Report Krankenhaus 2014“
am 22. Juli 2014 in Berlin

Der Preis macht Menge

Unser Report Krankenhaus steht im Kontext zentraler gesundheitspolitischer Debatten. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die Eckpunkte einer Krankenhausreform entwickelt, hat ihre Arbeit begonnen. Vor wenigen Tagen ist das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem PKV-Verband und dem GKV-Spitzenverband veranlasste Mengengutachten veröffentlicht worden. Die Autoren Prof. Schreyögg (Hamburg) und Prof. Busse (Berlin) sollten Klarheit schaffen über die Leistungsentwicklung im Krankenhaus und ihre Einflussgrößen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes spricht vieles für einen Zusammenhang zwischen den erzielbaren Preisen und der Menge erbrachter Leistungen im Krankenhaus. Die wichtigste Schlussfolgerung für die anstehende Krankenhausreform kann daher nur lauten, dass Qualität das bestimmende Reformziel sein muss. Qualität muss Versorgung und Vergütung prägen!

Wir wissen auf Basis des Mengengutachtens, dass die höchsten Fallzahlsteigerungen bei planbaren Leistungen auftreten, vor allem in den Bereichen Herz-Kreislauf und Muskel-Skelett-System. Wir wissen, dass Notfälle die Mengenentwicklung weniger beeinflussen als angenommen. Und wir wissen, dass die demografische Entwicklung nicht als alleinige Erklärung für das Mengenwachstum taugt. Deshalb teilen wir die Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen Preis und Menge von Krankenhausleistungen gibt. Die Krankenhäuser reagieren sichtbar auf finanzielle Anreize. Das Gutachten belegt einen bemerkenswert deutlichen Zusammenhang zwischen Änderungen im DRG-System und Fallzahlsteigerungen.

Einvernehmliche Empfehlungen kaum vorstellbar

Welche Konsequenzen ergeben sich aus all dem? Es wird schwierig sein, unter den gesundheitspolitischen Akteuren zu einvernehmlichen Schlüssen aus dem Gutachten zu kommen. Das war schon an der schmallippigen Pressemitteilung abzulesen, mit der die Auftraggeber des Gutachtens dessen Fertigstellung verkündeten. Umso lauter waren die folgenden einzelnen Statements der Akteure. Für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe ergibt sich damit eine gewaltige Herausforderung. Wenn dann noch das bisher ausgeklammerte Thema Investitionsfinanzierung eingebunden wird, könnten Zweifel aufkommen, ob es in dieser Legislaturperiode zu einer echten großen Krankenhausreform kommt.

Konsequenzen aus Sicht der BARMER GEK

Einige Anmerkungen aus Sicht der BARMER GEK zu den Empfehlungen der Autoren:

1. **Wir plädieren dafür, das Fallpauschalensystem nicht zu schwächen.** Darauf würde es hinauslaufen, wenn künstlich eine stärkere Diagnoseorientierung im DRG-System gewollt wäre. Die jetzige Systematik der Operationen- und Prozedurenschlüssel sorgt für die wünschenswerte Transparenz. Das DRG-System verlöre bei größerer Pauschalierung an Genauigkeit und Leistungsgerechtigkeit. Kritisch sehen wir aus dem gleichen Grund zusätzliche Pauschalen zur Vergütung besonderer Versorgungsstrukturen, zum Beispiel von Landkrankenhäusern, ohne direkten Leistungsbezug. Einzig für den Bereich der Grundversorgung können wir uns Lösungen wie die Kalkulation von gesonderten DRG vorstellen, die das Leistungsspektrum spezifischer abbilden.
2. **Wir fordern eine neue Krankenhausplanung.** An die Stelle der heutigen in großen Teilen noch Betten-fixierten Kapazitätsplanung muss eine an Bedarf und Qualität medizinischer Leistungen orientierte Versorgungsplanung treten. Ausgangspunkt müssen verbindlich definierte Mindestanforderungen an die Strukturqualität sein, die sowohl von den Planungsbehörden als auch von den Verhandlungspartnern vor Ort nachhaltig geprüft werden. Darüber hinaus müssen die Leistungsspektren der Krankenhäuser sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Damit könnten wir auch dafür sorgen, dass sich Krankenhäuser mehr spezialisieren.
3. **Die Reform muss dazu dienen, Qualität zu einem festen Bestandteil von Versorgung und Vergütung zu machen.** Qualität muss die bestimmende Kennziffer sein, sowohl in der Krankenhausplanung wie in der Leistungssteuerung. Dabei interessiert uns zunächst die Struktur- und Prozessqualität und perspektivisch die Ergebnisqualität. Qualität muss vom Krankenhaus transparent und nachvollziehbar dargestellt werden. Die Einhaltung struktureller Vorgaben muss Maßstab für die Zulassung als Plankrankenhaus sein. Was dann andererseits eben auch bedeuten kann, Krankenhäusern einen Versorgungsauftrag zu entziehen, wenn sie die nötige Qualität vermissen lassen.
4. **Investitionsförderung neu ausrichten.** Die Gutachter empfehlen, auch die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser neu auszurichten. Sie wollen die Krankenkassen stärker beteiligen. Das ist für uns durchaus vorstellbar, zumal die Bundesländer seit Jahren ihre Beteiligung daran zurückfahren und die Kassen faktisch über die Betriebskosten einen immer größeren Teil der Investitionen finanzieren. Wenn wir uns hier stärker engagieren, knüpfen wir daran aber Bedingungen. Neben den Ländern ist eine Beteiligung von Bund und Krankenkassen

an der Finanzierung der Investitionsfördermittel denkbar. Hierfür bedarf es gesetzlich verbindlicher Beteiligungsquoten. Den Krankenkassen müssten dann aber auch deutlich mehr Mitspracherechte in der Krankenhausplanung und eine Refinanzierung der Kosten über den Gesundheitsfonds eingeräumt werden.

Der Boom beschichteter Stents bei koronarer Herzkrankheit

Im Schwerpunktkapitel des Reports untersuchen wir, wie sich zentrale Therapieansätze für eine der bedeutsamsten Volkskrankheiten in Deutschland in den Jahren 2005 bis 2013 entwickelt haben. Es zeigt sich, dass bei der koronaren Revaskularisation, also der Öffnung verengter Herzkranzgefäße, die Medikamente-freisetzenden Stents heute quasi den Standard darstellen. Hingegen verlieren Bypass-Operationen, Ballondilatationen und unbeschichtete Stents an Bedeutung. Hier stellt sich die Frage, ob nur die medizinische Indikation für diese Bevorzugung beschichteter Stents ausschlaggebend ist oder ob auch hier die im DRG-System der Krankenhausvergütungen erzielbaren Preise eine Rolle spielen. Somit wären wir wieder bei den Fragestellungen aus dem Mengengutachten von Schreyögg und Busse.

Statement

BARMER GEK Report Krankenhaus 2014

Schwerpunktthema: Trends in der Koronaren Revaskularisation

von Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer, MPH
AGENON Berlin und
Pädagogische Hochschule Freiburg

anlässlich der Pressekonferenz
„BARMER GEK Report Krankenhaus 2014“
am 22. Juli 2014 in Berlin

Allgemeine Entwicklung der akut-stationären Versorgung 2013: Leicht zunehmende Behandlungsfallzahl, Rückgang der Verweildauer je Behandlungsfall, geringfügiger Anstieg der Gesamtverweilzeit

Grundlage für den vorliegenden Report Krankenhaus bildet der gemeinsame Datenbestand der BARMER GEK der Jahre 2005 bis 2013.

Standardisiert auf die Bevölkerungsstruktur in Deutschland im Jahr 2005 und damit bereinigt um demografische Effekte ergibt sich, dass die Fallzahl – nach einer Stagnation im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2011 – im Jahr 2013 wieder leicht zugenommen hat: von 204 vollstationären Behandlungsfällen je 1.000 Versichertenjahre im Jahr 2012 auf 207 im Jahr 2013 (+ 1,3 Prozent). Die durchschnittliche Verweildauer hat im Trend der Vorjahre demgegenüber um knapp ein Prozent von 7,7 auf 7,6 Krankenhaustage je vollstationärem Behandlungsfall erneut leicht abgenommen. Bereinigt um demografische Effekte resultiert aus beiden Trends in 2013 eine im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegene Gesamtverweilzeit in Krankenhäusern (von 1.572 Tagen auf 1.577 Tage pro 1.000 Versicherte, + 0,4 Prozent).

Seit dem Jahr 2005 sind psychische Störungen für die meisten Behandlungstage im Krankenhaus verantwortlich. Sie haben Krankheiten des Kreislaufsystems als Hauptanlass für Krankenhausbehandlungen abgelöst. Mittlerweile entfallen 21,1 Prozent aller Behandlungstage im Krankenhaus auf die Hauptdiagnose „Psychische Störungen“. Zwischen 2006 und 2013 haben die Behandlungstage in Krankenhäusern aufgrund von psychischen Störungen um 16 Prozent von 287 auf 333 Tage je 1.000 Versicherte zugenommen. Allein zwischen 2012 und 2013 beträgt die Zunahme elf zusätzliche Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen je 1.000 Versicherte (+ 3,3 Prozent) (von 2011 auf 2012 nur plus 1,5 Tage).

Schwerpunktthema: Trends in der koronaren Revaskularisation

Die koronare Revaskularisation bezeichnet die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Durchgängigkeit verengter Herzkranzgefäße mit dem Ziel, die Durchblutung und Sauerstoffversorgung des Herzmuskels zu verbessern. Sie ist ein zentraler Bestandteil der Therapie der koronaren Herzkrankheit. Zu den verschiedenen Formen der koronaren Revaskularisation gehören die Ballondilatation, unbeschichtete und beschichtete Stents, zusammengefasst „perkutane koronare Interventionen“, und die Bypass-Operationen am Herzen.

Das Spektrum der perkutanen Interventionen wandelt sich schnell. Innovative neue Technologien kommen auf den Markt und finden Eingang in die akut-stationäre Versorgung. In den 1990er Jahren verbreiteten sich unbeschichtete Stents und verdrängten die alleinige Ballondilatation. Deren Anteil betrug im Jahr 2000 noch 30 Prozent an allen perkutanen koronaren Interventionen. Ab 2000 kamen beschichtete, Medikamente-freisetzende Stents auf den Markt und begannen, die unbeschichteten Stents zu verdrängen. Schon 2005 wurden in 25 Prozent der Fälle mit perkutanen koronaren Interventionen beschichtete Stents eingesetzt, in 12 Prozent wurde eine alleinige Ballondilatation durchgeführt. Gleichzeitig hatte die Anzahl der durchgeführten perkutanen Eingriffe bereits sehr stark zugenommen.

So viele koronare Revaskularisationen wie noch nie

Hochgerechnet auf die Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2013 ergibt sich mittlerweile eine Zahl von 282.373 Krankenhausfällen mit mindestens einer perkutanen koronaren Intervention und 52.951 Bypass-Operationen am Herzen. Dabei entfallen ca. drei von vier Eingriffen auf Männer.

Weniger Menschen wegen koronarer Herzkrankheit im Krankenhaus, aber mehr Eingriffe an Herzkranzgefäßen

Bereinigt um demografische Effekte hat die Zahl der von einem Krankenhausaufenthalt wegen koronarer Herzkrankheit betroffenen Personen zwischen 2005 bis 2013 um 24 Prozent abgenommen (von 89,4 Personen auf 67,3 Betroffene je 10.000 Versicherte) und die Zahl der Krankenhausaufenthalte mit koronarer Revaskularisation um vier Prozent zugenommen (von 35,1 auf 36,5 pro 10.000 Versicherte). Es erscheint widersprüchlich, wenn weniger betroffene Versicherte und trotzdem mehr Krankenhausaufenthalte mit koronarer Revaskularisation zu beobachten sind, aber diese Zunahme ist das Ergebnis von sehr unterschiedlichen Entwicklungen. Bereinigt um demografische Effekte haben koronare Bypass-Operationen seit 2005 um 24 Prozent abgenommen (von 7,6 auf 6,5 pro 10.000 Versicherte), die Ballondilatation ist auf niedrigem Niveau stabil (3,5 bzw. 3,7 Eingriffe pro 10.000), die Implantation unbeschichteter Stents ist mittlerweile vergleichsweise selten (Rückgang von 17,2 auf 5,1 Eingriffe pro 10.000 Versicherte bzw. um 71 Prozent). Sehr stark zugenommen haben beschichtete Stents (Zunahme von 6,8 auf 22,4 Eingriffe je 10.000 Versicherte bzw. um 227 Prozent).

Wer wird aktuell mit koronarer Revaskularisation behandelt?

Von den Patienten, die 2012 mit koronarer Herzkrankheit im Krankenhaus behandelt worden sind, haben mehr Patienten eine Revaskularisation erhalten als in 2005 (41,4 Prozent vs. 36,6 Prozent). Auch von den Patienten, die aufgrund eines Herzinfarktes im Krankenhaus behandelt worden sind, haben mehr eine Revaskularisation erhalten als in 2005 (56,1 Prozent vs. 54,5 Prozent). Diese Zunahme erklärt die Entwicklung der Eingriffszahlen allerdings nur zum Teil. Ein anderer Teil des Anstiegs der Eingriffszahlen resultiert daraus, dass zunehmend Personen behandelt werden, bei denen als Hauptdiagnose keine koronare Herzkrankheit dokumentiert ist (z.B. eine Erkrankung der Herzklappen). Zudem sind revaskularisierte Patienten 2012 stärker durch Begleiterkrankungen und Vorerkrankungen belastet als noch im Jahr 2005.

Mehr als 60 Prozent aller koronaren Revaskularisationen erfolgen aktuell mit beschichteten Stents

Im aktuellen Behandlungsjahr 2013 erfolgen 61 Prozent aller koronaren Revaskularisationen mit mindestens einem beschichteten Stent. Beschichtete Stents werden häufiger in jüngeren Altersgruppen verwendet. Bis zum Alter von 59 Jahren erhalten ca. 70 Prozent der Patienten einen beschichteten Stent und ab dem 80. Lebensjahr nur noch ca. 55 Prozent. Unterschiede in der anteiligen Bedeutung zwischen Männern und Frauen bestehen nicht.

Die 1-Jahres-Re-Interventionsrate bei beschichteten Stents ist hoch

Innerhalb des ersten Jahres nach einer perkutanen Intervention unterzieht sich einer von fünf Patienten, die mit einem beschichteten Stent behandelt wurden, einem erneuten Eingriff. Zum Vergleich: in randomisierten kontrollierten Studien liegt die Re-Interventionsrate nach beschichteten Stents bei etwa drei bis vier Prozent und damit erheblich niedriger als in der aktuellen Routineversorgung.

Erstmals flächendeckende Angaben zur 5-Jahres-Sterblichkeit nach koronarer Revaskularisation

In einer auf den Zeitraum von fünf Jahren nach dem Eingriff bezogenen Betrachtung verstorbt nach Ballondilatation einer von vier Patienten (25,1 Prozent) und einer von fünf Patienten nach Implantation eines unbeschichteten Stents (19,7 Prozent). Mit 19,1 Prozent in etwa gleich hoch ist die Sterblichkeit in den fünf Jahren nach Bypass-Operation am Herzen. Mit 14,7 Prozent ist die Sterblichkeit fünf Jahre nach Implantation eines beschichteten Stents am niedrigsten.

Diese deutlichen Unterschiede in der Sterblichkeit dürfen nicht auf die Zieleingriffe zurückgeführt werden, sondern sind vielmehr Ausdruck der je nach Zieleingriff unterschiedlichen gesundheitlichen Situation der Patienten. Dafür spricht, dass sich die Patienten in Abhängigkeit vom Zieleingriff nicht nur in Bezug auf Alter und Geschlecht, sondern auch in solchen Merkmalen unterscheiden, die die Sterblichkeit mit beeinflussen (z. B. Komorbidität, Hauptdiagnose, Vorerkrankungen).

In 2012 bundesweit 2,7 Milliarden Euro Ausgaben für koronare Revaskularisation im Krankenhaus

Im Jahr 2012 lagen die durchschnittlichen Ausgaben je Krankenhausfall für eine Bypass-Operation bei 19.145 Euro. Demgegenüber sind die Fallkosten bei den perkutanen Interventionen deutlich geringer. Sie betragen 5.453 Euro (beschichteter Stent), 5.565 Euro (unbeschichteter Stent) bzw. 5.159 Euro (Ballondilatation). Zwischen 2005 und 2012 sind die Fallkosten bei der Ballondilatation um 33,3 Prozent und bei den unbeschichteten Stents um 26 Prozent gestiegen. Dagegen sind die Fallkosten beschichteter Stents in diesem Zeitraum um 3,1 Prozent gesunken. Die nur geringe Veränderung gegenüber dem Jahr 2005 bei den beschichteten Stents dürfte vor allem auf die Anpassung der Vergütung im Bereich der Zusatzentgelte zurückzuführen sein.

Hochgerechnet auf die Bundesrepublik Deutschland ergeben sich Ausgaben im Jahr 2012 in Höhe von 2,7 Milliarden Euro allein für den initialen Krankenhausaufenthalt bei diesen Fällen mit einer koronaren Herzerkrankung. Inklusive weiterer Krankenhausaufenthalte aufgrund von Herzerkrankungen und ggf. Komplikationen im ersten Jahr nach dem initialen Krankenhausaufenthalt fallen pro Jahr 3,3 Milliarden Euro Ausgaben für die Versorgung im Krankenhaus an. Die tatsächlichen Ausgaben für die koronare Herzkrankheit sind noch beträchtlich höher, da in den vorgestellten Zahlen weder die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung der koronaren Herzkrankheit noch für deren medikamentöse Versorgung enthalten sind.

Fazit

Bezogen auf koronare Revaskularisation sind die Behandlungsfallzahlen seit 2005 gestiegen, obwohl die Behandlungshäufigkeit wegen koronarer Herzkrankheit im Krankenhaus abgenommen hat. Der Anstieg geht zum Teil darauf zurück, dass Menschen, deren korona-

re Herzkrankheit früher nicht behandelt worden ist, heute behandelt werden. Darüber hinaus werden aber auch zunehmend Menschen mit anderen (Herz-) Erkrankungen behandelt. Das – trotz zurückhaltender Leitlinienempfehlungen und abgesenkter Zusatzentgelte – deutlich Mengenwachstum der beschichteten Stents, lässt sich eigentlich nur mit dem Versprechen deutlich reduzierter Re-Interventionsraten begründen. Die vorgelegten Zahlen sprechen jedoch dafür, dass Reduktionen, wie sie aus vielen qualitativ hochwertigen Studien berichtet werden, in der Routineversorgung praktisch nicht ankommen. Inwiefern unter Experimentalbedingungen und mit hohem Kontrollgrad durchgeführte Studien geeignete Grundlagen für Entscheidungen zum Leistungskatalog und/oder zur Vergütung sind, ist zu hinterfragen. Zu fordern sind adäquat Routinebedingungen reflektierende Studiendesigns und manipulationsresistente Kriterien für die Entscheidung zur koronaren Revaskularisation. Der vorliegende Report unterstreicht einmal mehr den Stellenwert flächendeckender Analysen zur stationären Versorgung über längere Zeiträume.

BARMER GEK

Report Krankenhaus 2014

Krankenhausversorgung

Schwerpunkt: Koronare Revaskularisation

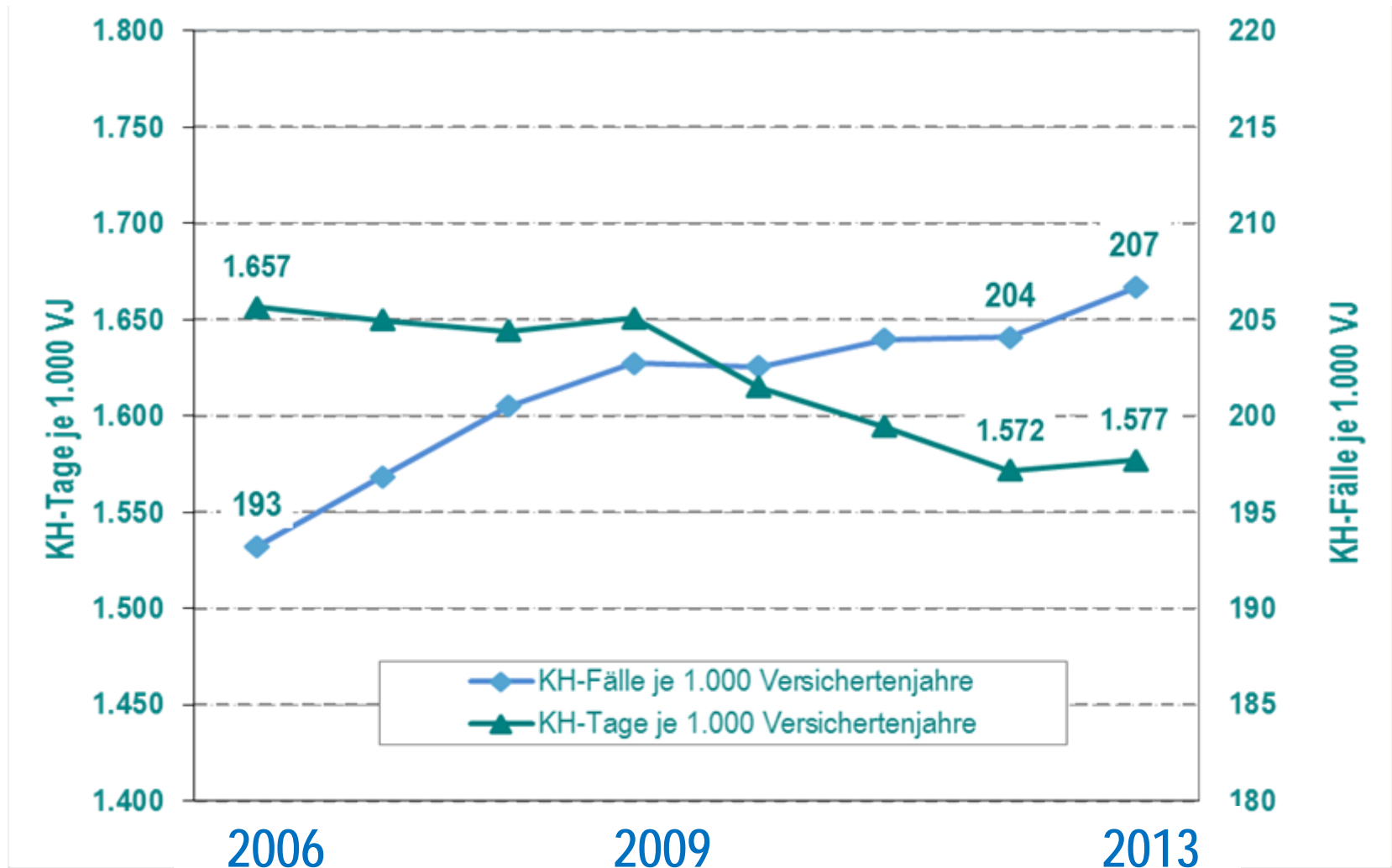
Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer, MPH

Pressekonferenz 22. Juli 2014

Datenbasis

- Gemeinsamer Datenbestand der Routinedaten der BARMER GEK der Jahre 2005 bis 2013
 - 8,6 Millionen Versicherten der BARMER GEK
 - (knapp 12,3 % der GKV-Versicherten)
 - 2 Mio. Krankenhausfälle
- Für patientenbezogene Informationen
 - Versichertenbefragung

Zunahme der Fallzahl in 2013 führt trotz erneut kürzerer Verweildauer zu mehr Krankenhaustagen

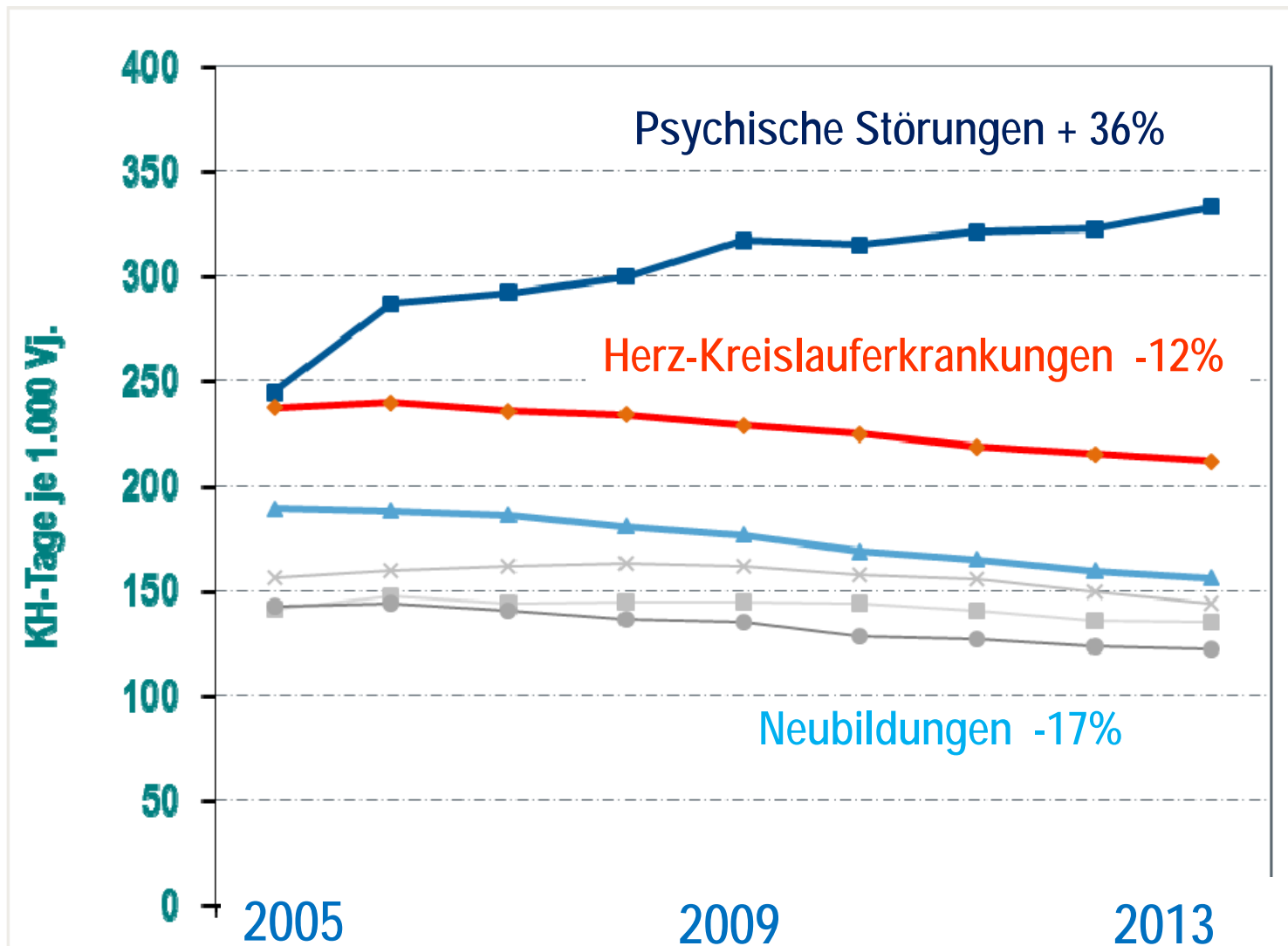


- In 2013
 - Behandlungsfälle 207 pro 1.000 Versicherte
 - Verweildauer 7,6 Tage
 - Behandlungstage 1.577 pro 1.000 Versicherte

- Im Vergleich zum Vorjahr
 - Behandlungsfälle + 1,3 %
 - Verweildauer - 0,9 %
 - Behandlungstage + 0,4%

- Seit 2006
 - Behandlungsfälle + 7 %
 - Verweildauer - 11 %
 - Behandlungstage - 4,8 %

Behandlungsanlässe (Diagnosen) verändern sich



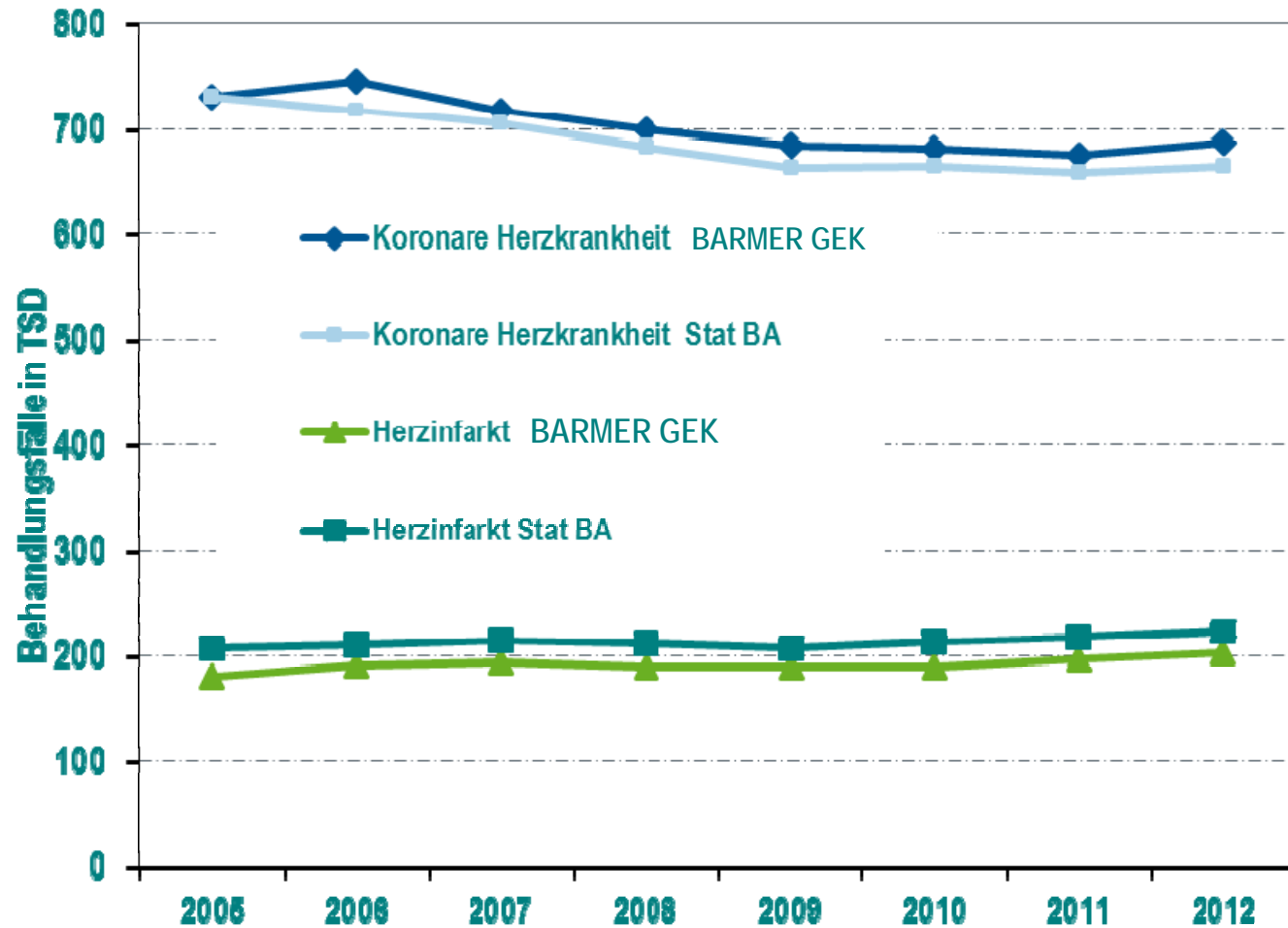
Schwerpunktthema: Koronare Revaskularisation

- CABG Koronarer Bypass
- PCI Perkutane koronare Interventionen
 - PTCA Ballondilatation
 - BMS unbeschichtete (nicht-Medikamente-freisetzende) Stents
 - DES beschichtete (Medikamente-freisetzende) Stents

Trends in der koronaren Revaskularisation

- Wie haben sich die Fallzahlen bei der Revaskularisation der Herzkranzgefäße seit 2005 entwickelt?
- Wie hat sich das Behandlungsspektrum im Krankenhaus seit 2005 verändert?
- Wie hoch ist die kurz- und mittelfristige Re-Interventionsrate?
- Wie hoch ist die kurz- und mittelfristige Sterblichkeit?

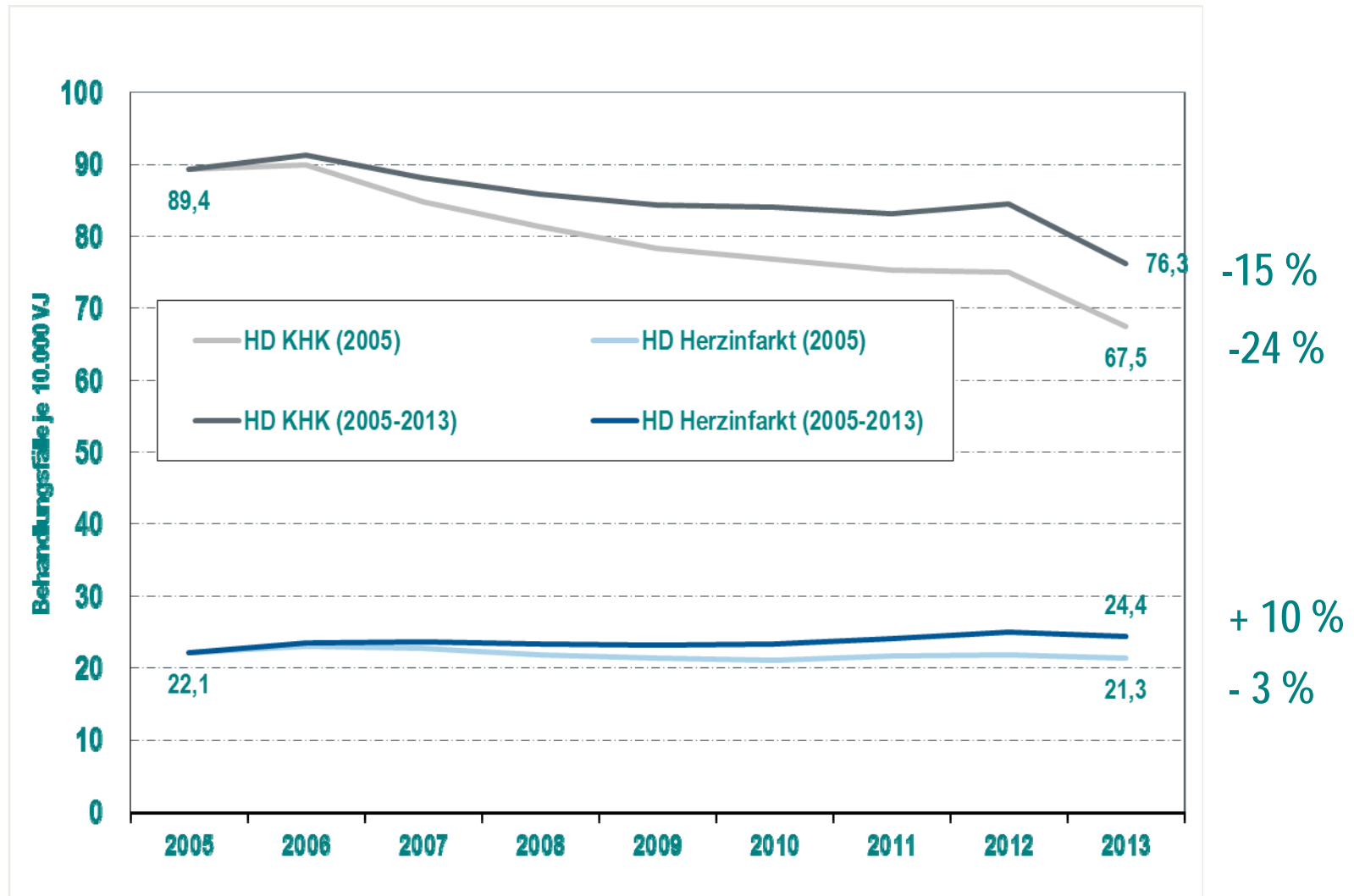
Wie verlässlich sind die Daten der BARMER GEK?



Wie haben sich die Fallzahlen entwickelt?

- In Krankenhäusern werden im Vergleich zu 2005 insgesamt weniger Menschen wegen einer koronaren Herzkrankheit behandelt.
- Auch die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen mit der Diagnose „Herzinfarkt“ nimmt – bereinigt um demografische Effekte – ab.

2005 bis 2013: Behandlungsfälle im Krankenhaus wegen koronarer Herzkrankheit bzw. Herzinfarkt

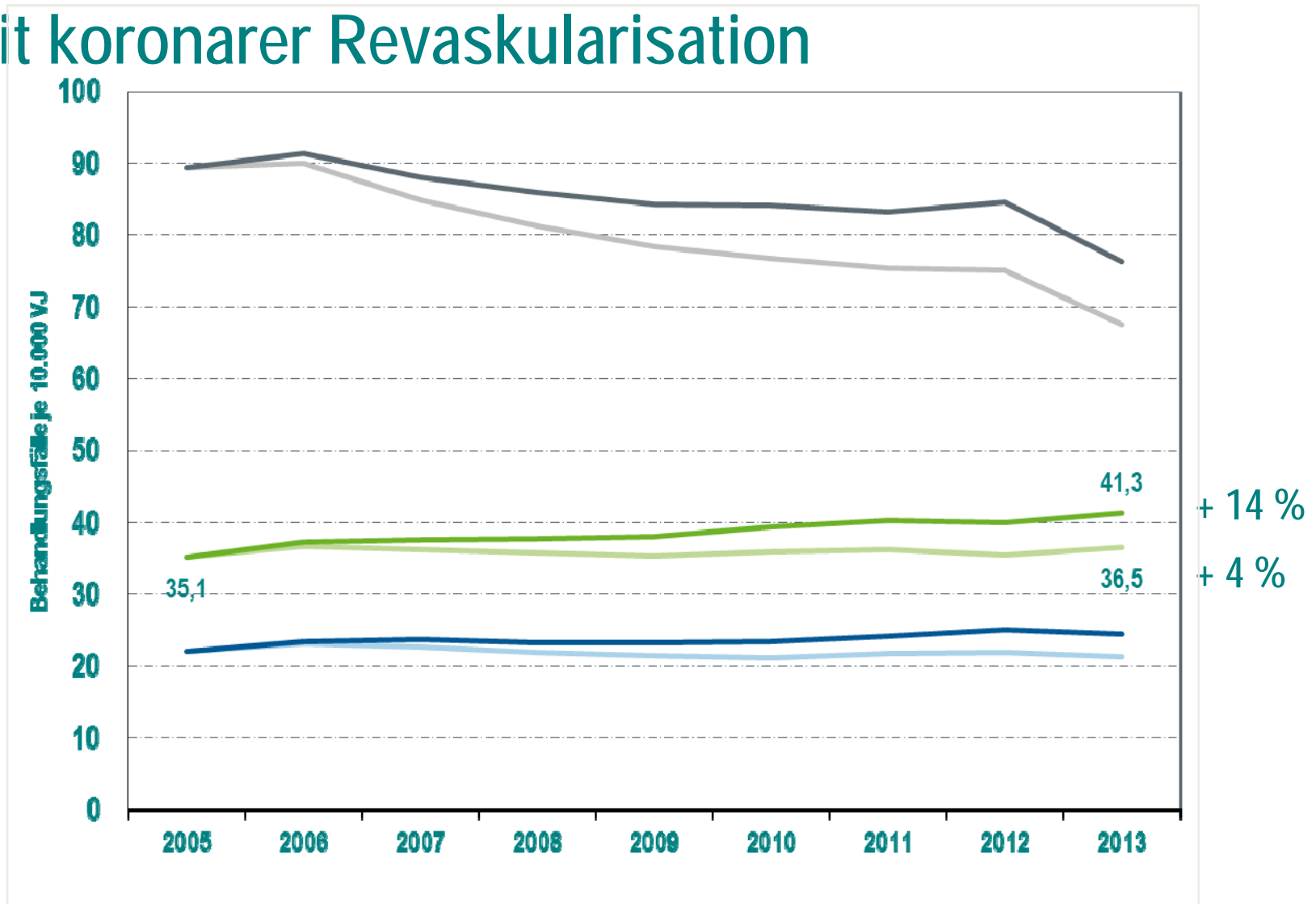


Die Entwicklung der koronaren Revaskularisation

Wenn sich am Behandlungsgeschehen im Krankenhaus NICHTS verändert hätte:

➔ Entwicklung der Eingriffszahlen parallel zu Krankenhausbehandlungen mit der Diagnose „koronare Herzkrankheit“
D.h. erwartet werden dürfte – bereinigt um demografische Effekte – eine Reduktion um 24%

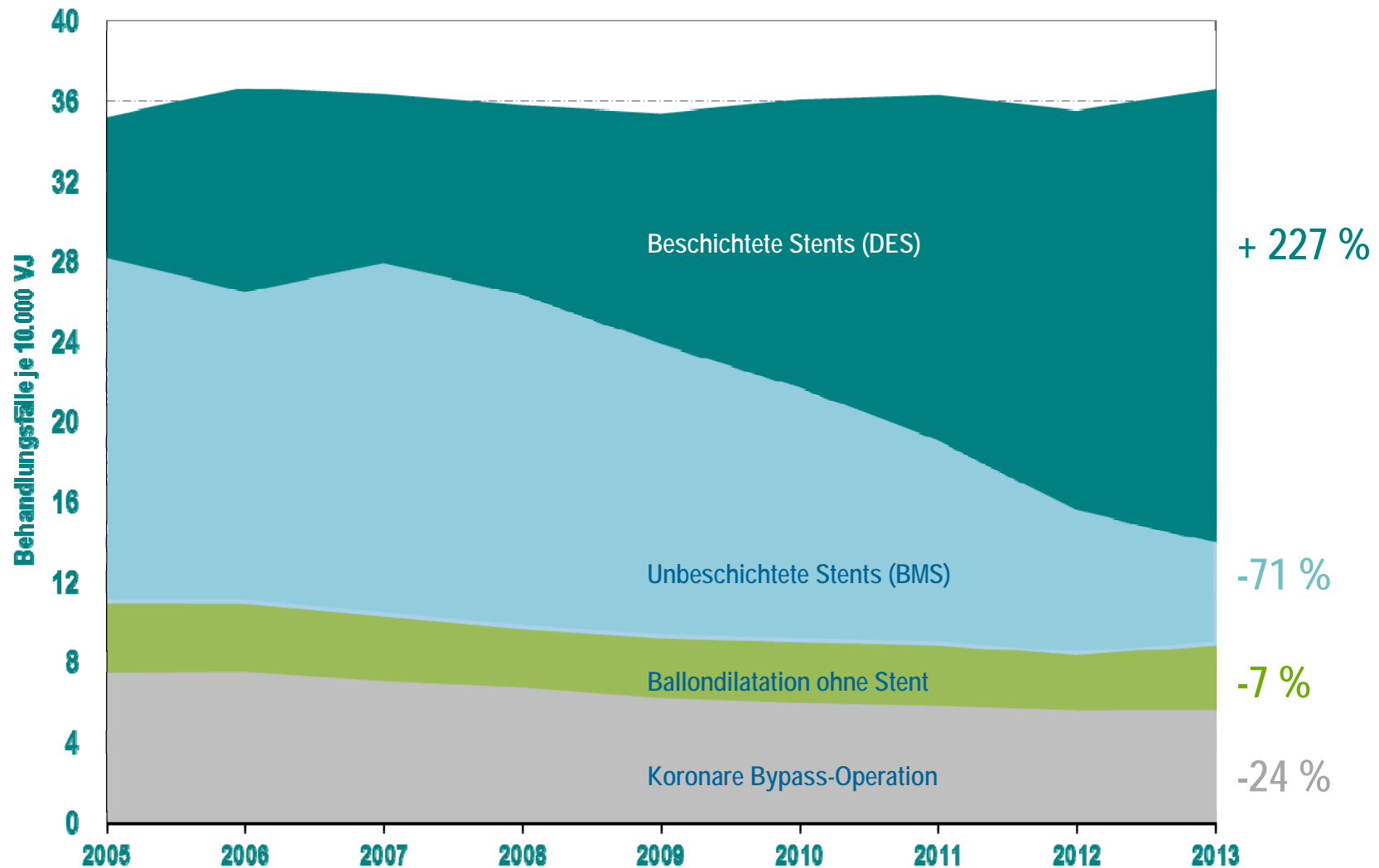
2005 bis 2013: Behandlungsfälle im Krankenhaus mit koronarer Revaskularisation



Die Summe unterschiedlicher Entwicklungen

- Die Entwicklung der koronaren Bypass-Operation entspricht der Entwicklung der KH-Aufenthalte wegen koronarer Herzkrankheit insgesamt
- Ballondilatation ist weiterhin selten
- Unbeschichtete Stents (BMS) sind mittlerweile auch selten
- Beschichtete Stents (DES) haben stark zugenommen und sind mittlerweile die Regel

2005 bis 2013: Entwicklung der koronaren Revaskularisation (stand. D2005)



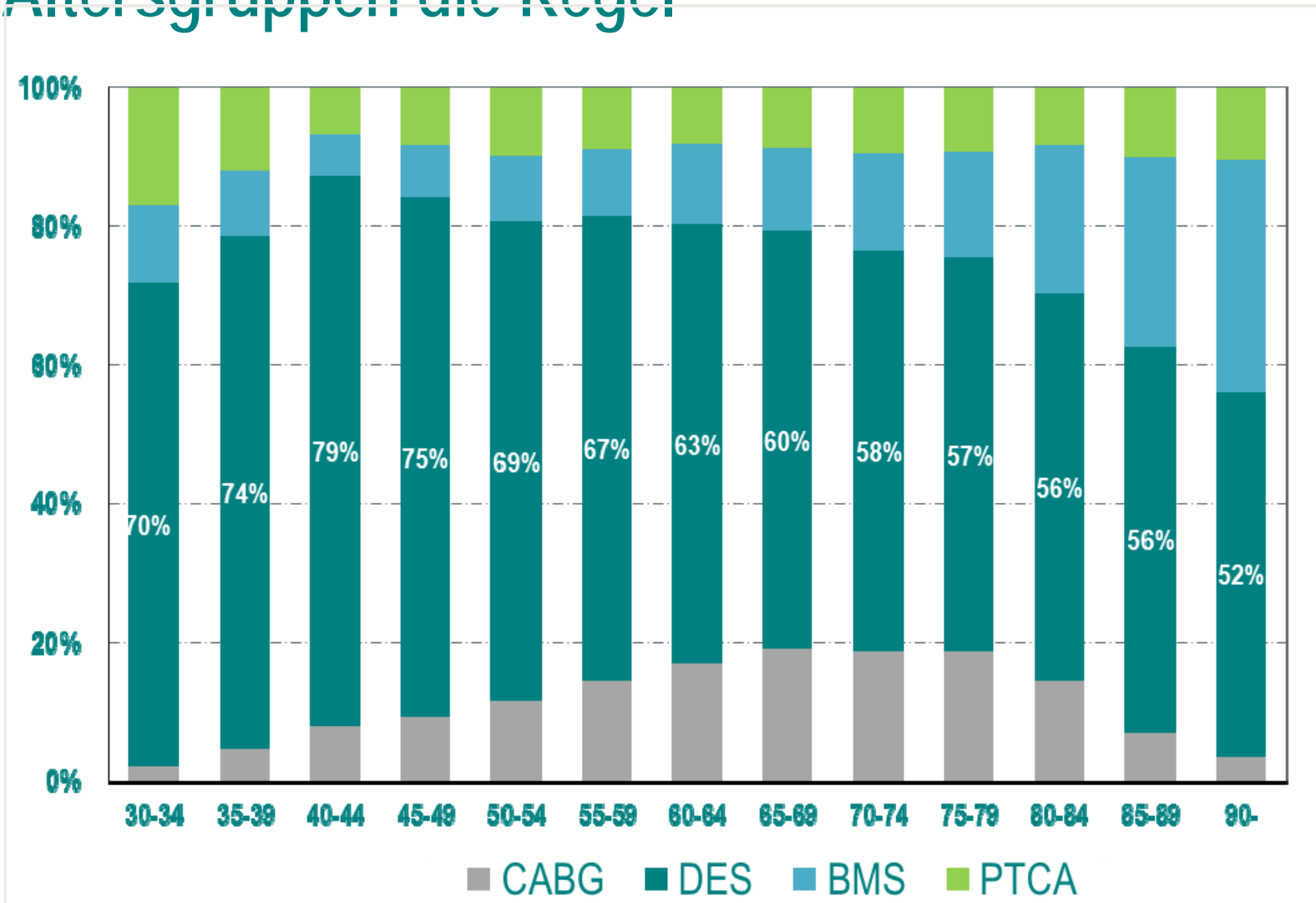
Wer erhält aktuell eine koronare Revaskularisation?

- Patienten, die 2012 mit koronarer Herzkrankheit im Krankenhaus waren, erhalten öfter eine Revaskularisation (41,4%, zum Vergleich in 2005: 36,6%)
- Mehr Patienten, die aufgrund eines Herzinfarktes im Krankenhaus sind, erhalten eine Revaskularisation (56,1%, zum Vergleich in 2005: 54,5%)
- diese Zunahme erklärt die Entwicklung der Eingriffszahlen allerdings nur zum Teil.

Wer erhält aktuell eine koronare Revaskularisation?

- Deutlich wird auch:
 - die „klassische“ Angina pectoris verliert an Bedeutung
 - dafür werden mehr Menschen revaskularisiert, bei denen als Hauptdiagnose KEINE koronare Herzkrankheit dokumentiert ist.

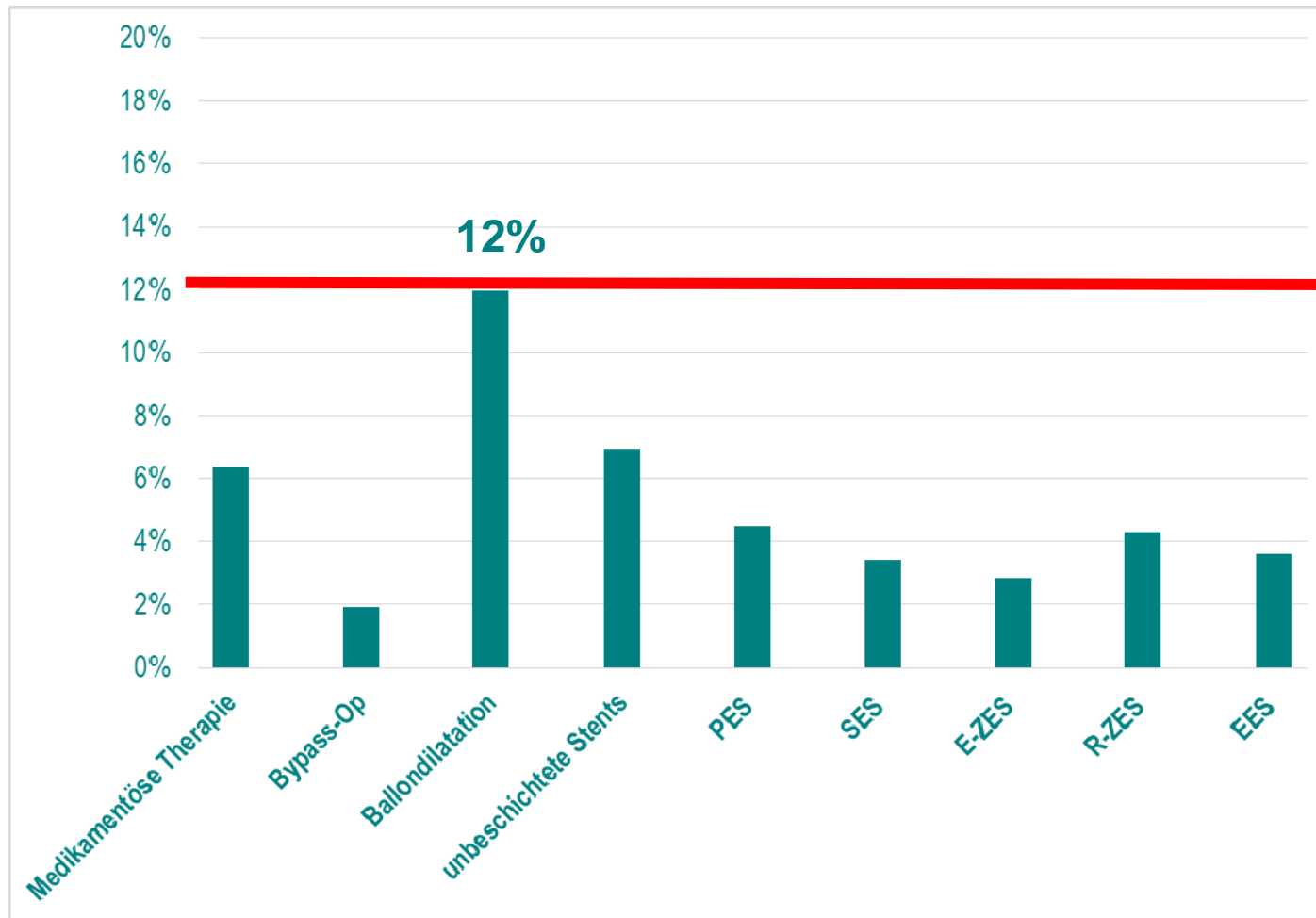
Beschichtete Stents sind in praktisch allen Altersgruppen die Regel



Die Re-Interventionsrate ist weiterhin hoch

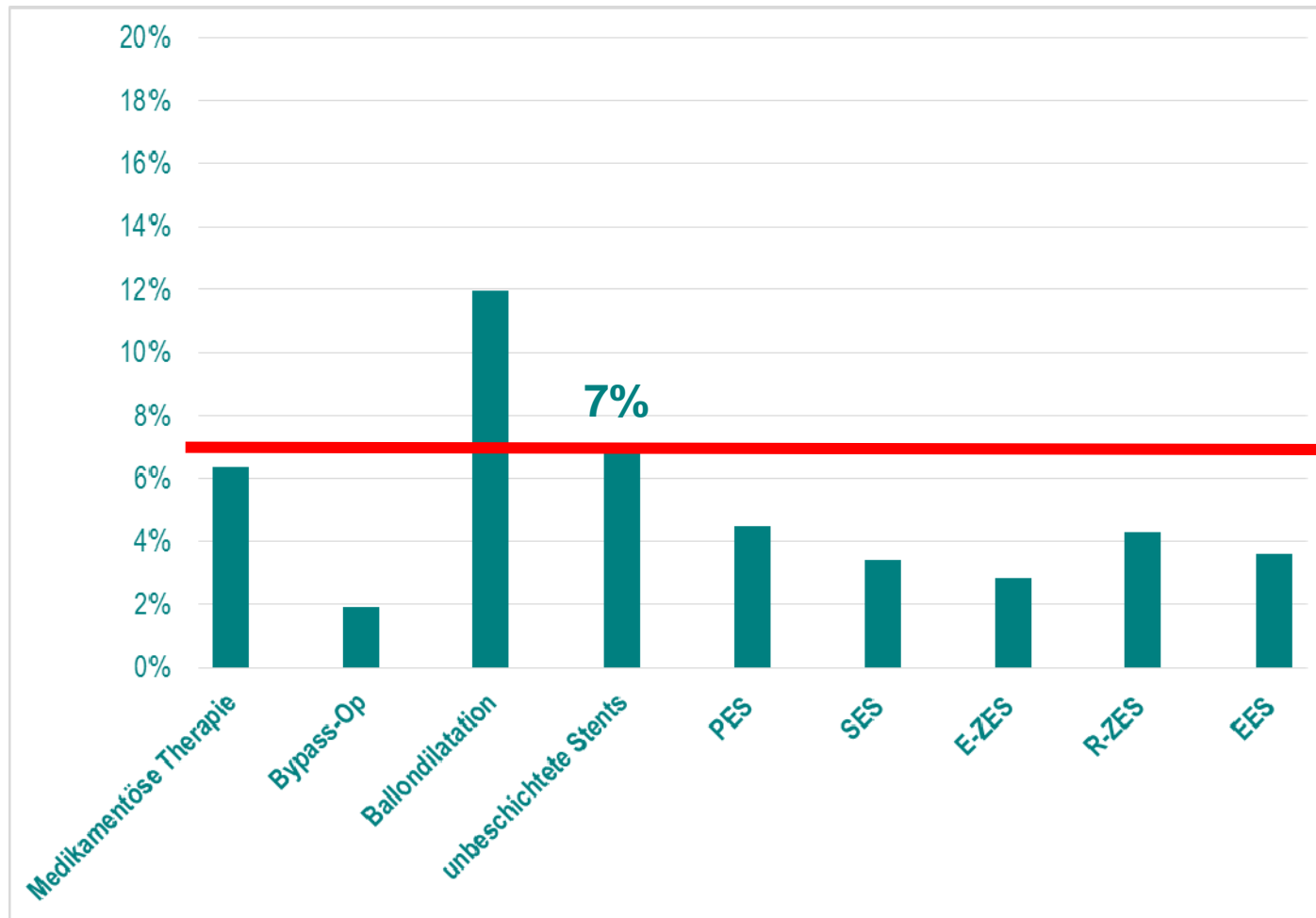
- Aus mehr als 100 randomisierten kontrollierten Studien ist bekannt, dass beschichtete Stents
- keinen substantziellen Effekt auf die Sterblichkeit besitzen,
- aber die Wahrscheinlichkeit für einen Zweit-Eingriff im Vergleich zu
 - unbeschichteten Stents halbieren
 - Ballondilatation auf ein Viertel reduzieren

Re-Interventionsrate in 94 Behandlungsarmen aus randomisierten kontrollierten Studien zur Wirksamkeit koronarer Revaskularisation



Windecker et al. 2014

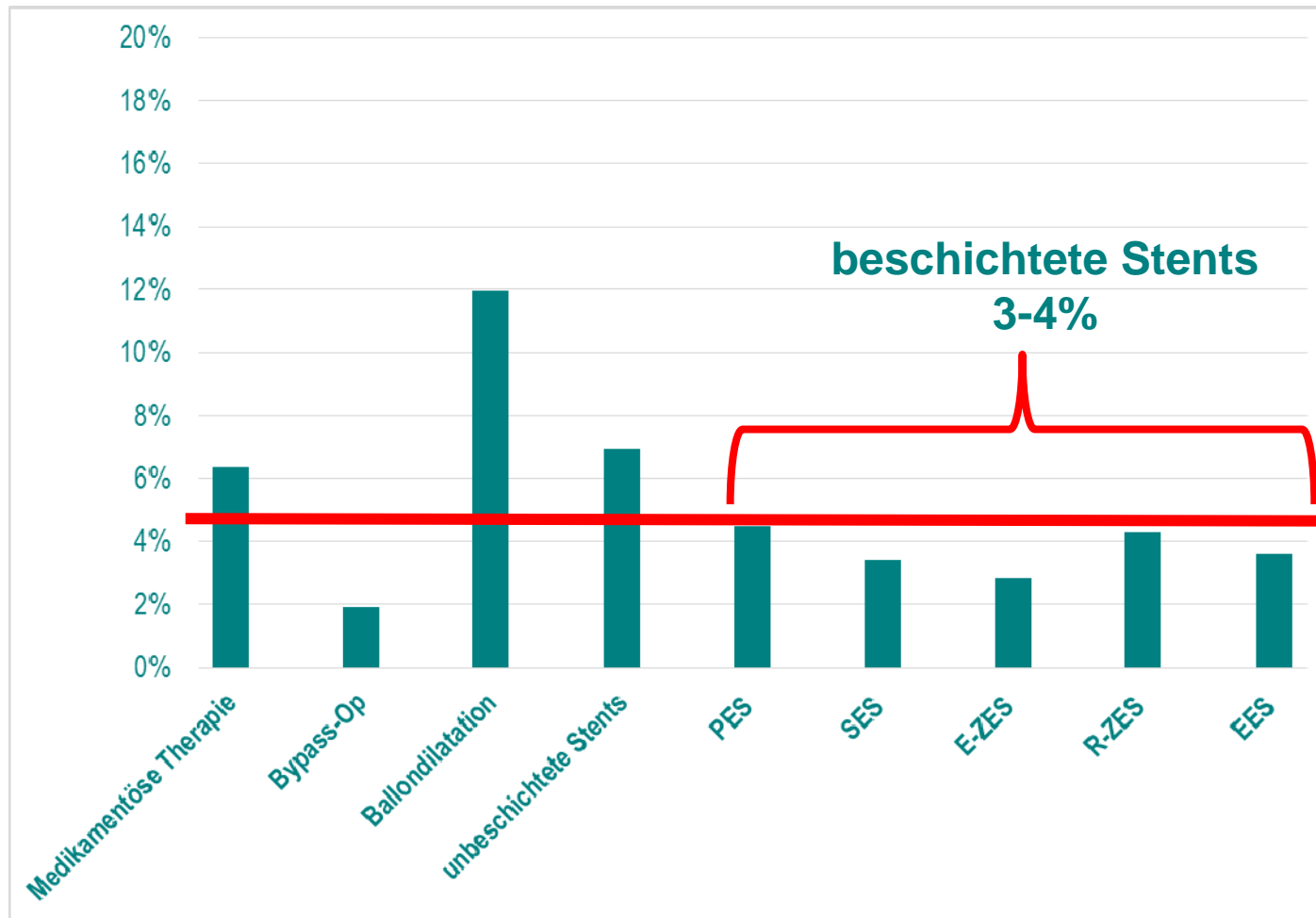
Re-Interventionsrate in 94 Behandlungsarmen aus randomisierten kontrollierten Studien zur Wirksamkeit koronarer Revaskularisation



Windecker et al. 2014

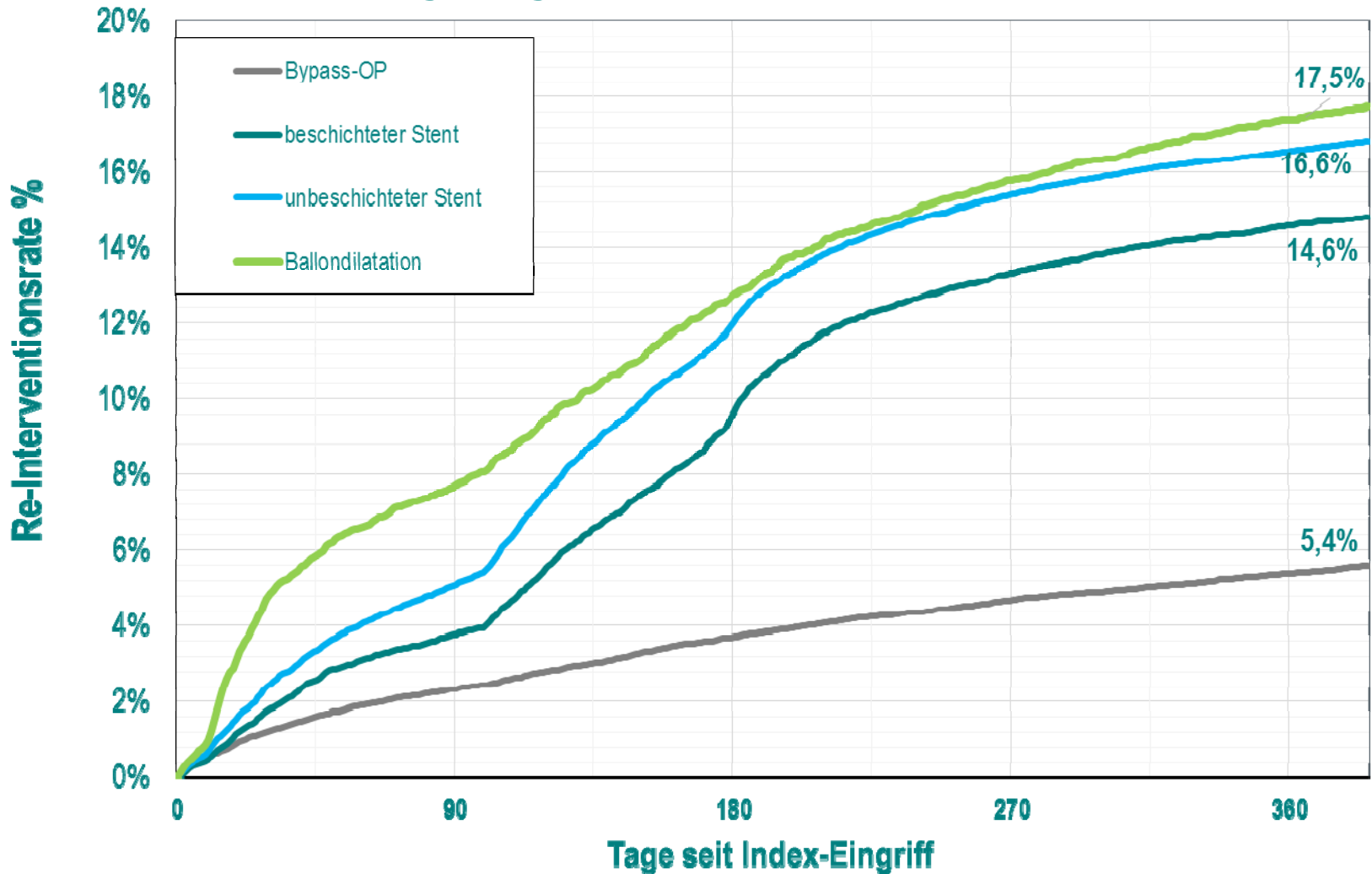
Windecker et al. 2014

Re-Interventionsrate in 94 Behandlungsarmen aus randomisierten kontrollierten Studien zur Wirksamkeit koronarer Revaskularisation

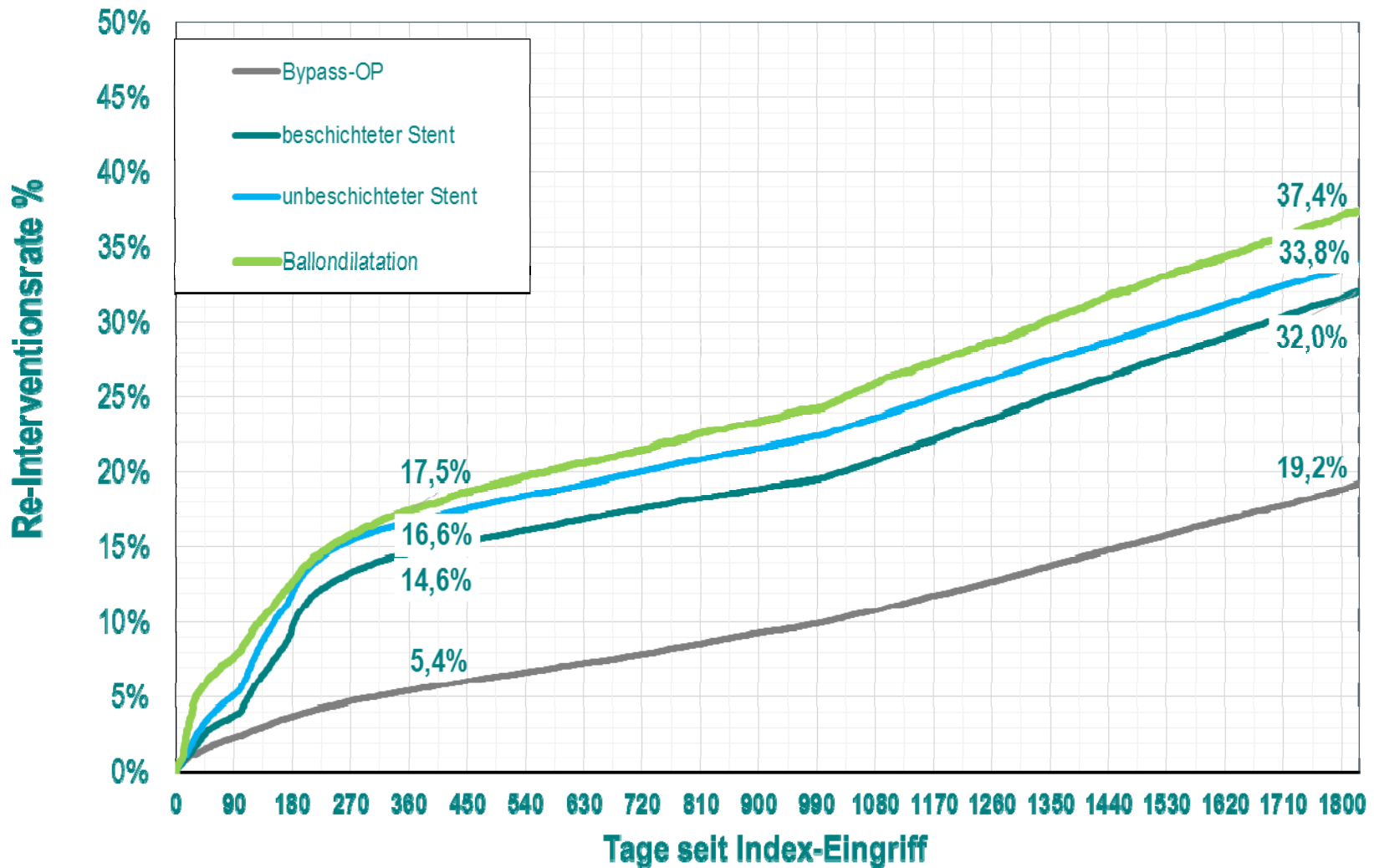


Windecker et al. 2014

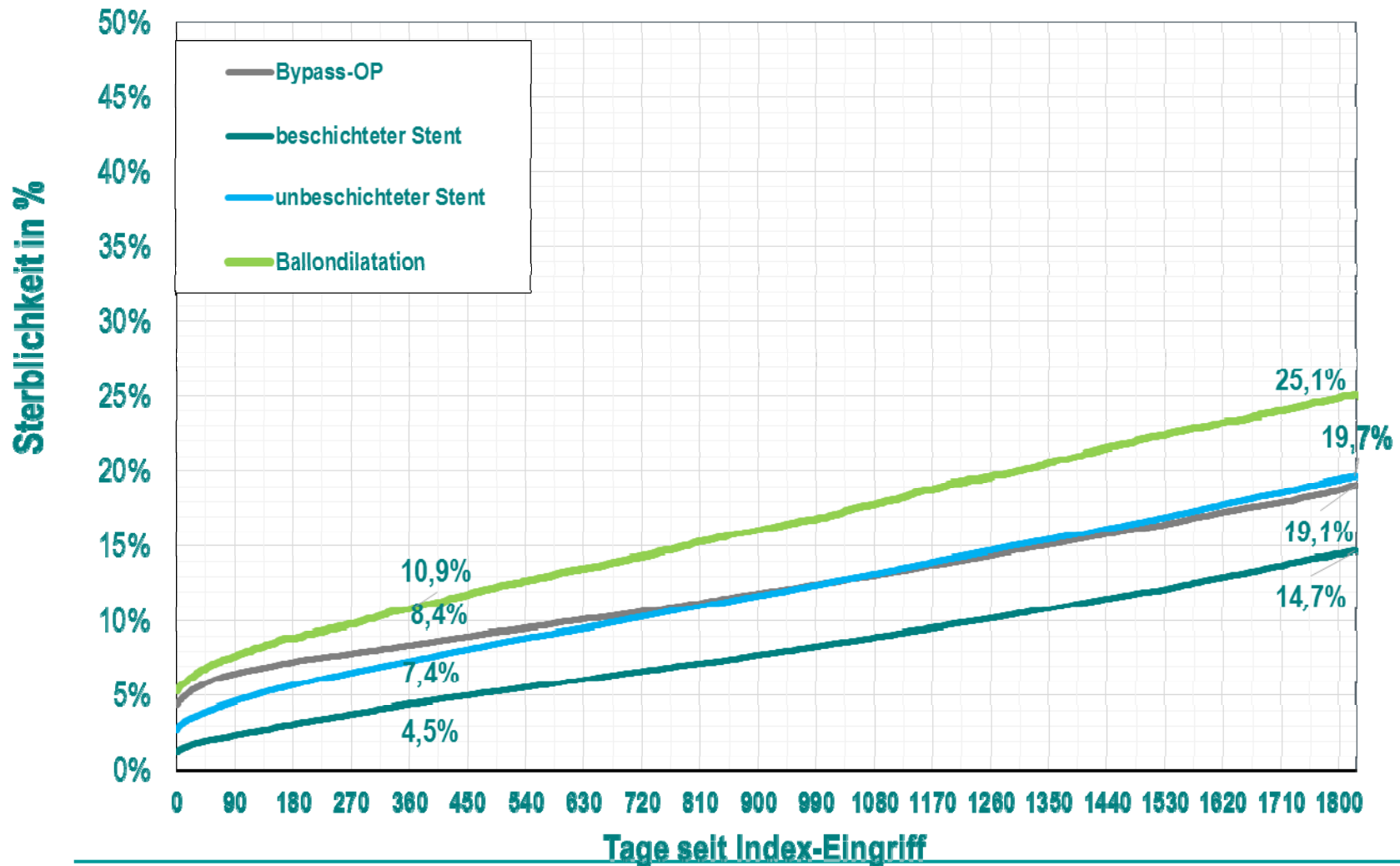
1-Jahres-Re-Interventionsrate in der Routineversorgung



5-Jahres-Re-Interventionsraten in der Routineversorgung



Erstmals: 5-Jahres-Sterblichkeit koronarer Revaskularisation in der Routineversorgung



Fazit

- Bezogen auf koronare Revaskularisation sind die Behandlungsfallzahlen seit 2005 gestiegen, obwohl die Behandlungshäufigkeit wegen koronarer Herzkrankheit im Krankenhaus abgenommen hat.
- Der Anstieg geht zum Teil darauf zurück, dass Menschen, deren koronare Herz-krankheit früher nicht behandelt worden ist, heute behandelt werden. Darüber hinaus werden aber auch zunehmend Menschen mit anderen (Herz-) Erkrankungen behandelt.

Fazit

- Die trotz zurückhaltender Leitlinienempfehlungen und abgesenkter Zusatzentgelte deutliche Mengenausweitung der DES lässt sich eigentlich nur mit dem Versprechen deutlich reduzierter Re-Interventionsraten begründen.
- Die vorgelegten Zahlen sprechen jedoch dafür, dass Reduktionen, wie sie aus vielen qualitativ hochwertigen Studien berichtet werden, in der Routineversorgung praktisch nicht ankommen.

Fazit

- Inwiefern unter Experimentalbedingungen und mit hohem Kontrollgrad durchgeführte Studien geeignete Grundlagen für Entscheidungen zum Leistungskatalog und/oder zur Vergütung sind, ist zu hinterfragen.
- Zu fordern sind adäquat Routinebedingungen reflektierende Studiendesigns und manipulationsresistente Indikationskriterien.
- Der vorliegende Report unterstreicht einmal mehr den Stellenwert flächendeckender Analysen zur stationären Versorgung über längere Zeiträume.

BARMER GEK Report Krankenhaus 2014

→ Infografiken

Schwerpunktthema: Koronare Herzkrankheit

→ Infografik 1

Hilfe, wenn es im Herzen eng wird

→ Infografik 2

Medikamente-Stents boomen 

→ Infografik 3

Bypass, Stent und Co. – Folgen nach fünf Jahren

→ Infografik 4

Patientenerfahrungen mit Bypass, Stent und Co.

Allgemeiner Teil

→ Infografik 5

Fallzahlen steigen seit Jahren

→ Infografik 6

Verweildauer im Sinkflug

→ Infografik 7

Krankenhausaufgaben nach Alter

→ Infografik 8

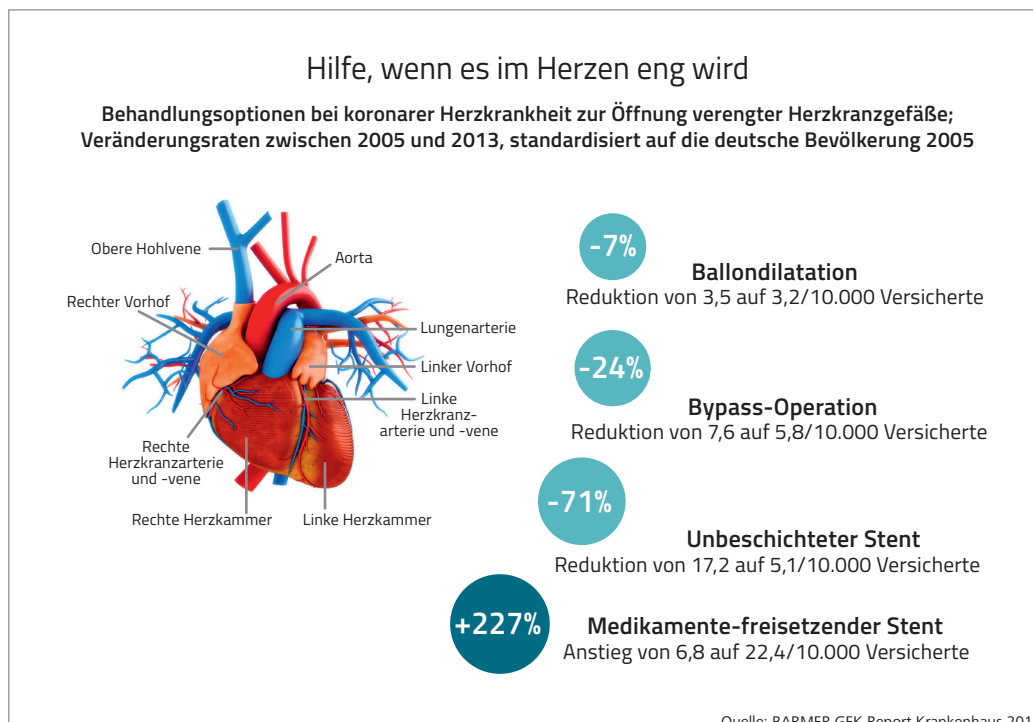
Länderunterschiede bei Dauer und Kosten


→ Infografik 9



Psychisch bedingte Krankenhausaufenthalte nehmen weiter zu

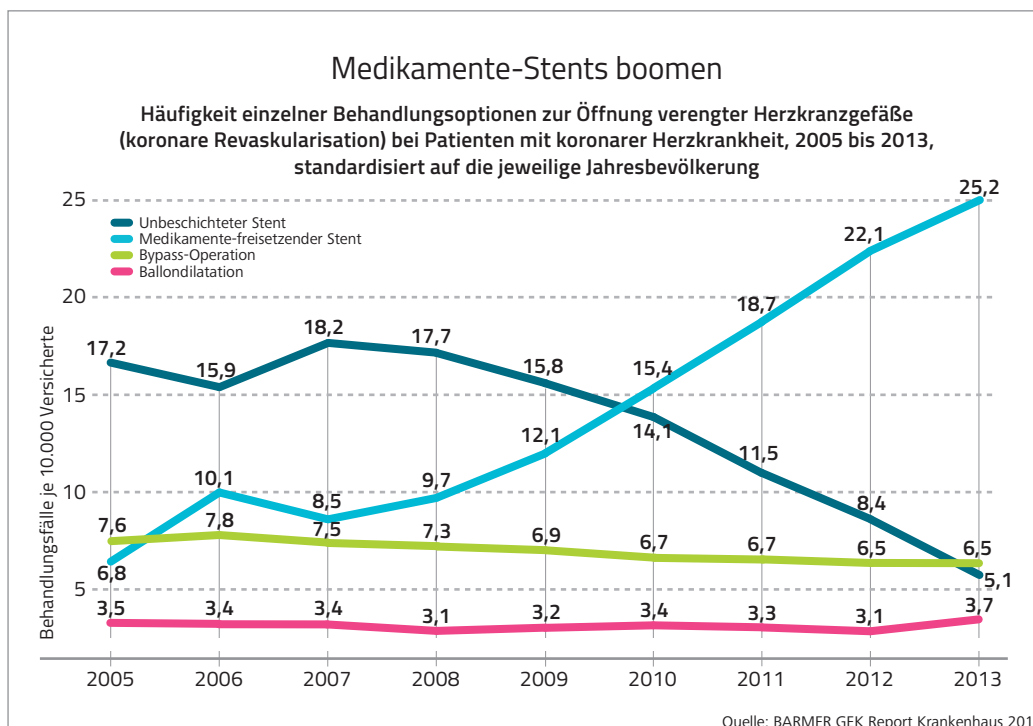
→ Infografik 10

Weswegen und wie lange im Krankenhaus?



Zurück zum Inhalt 

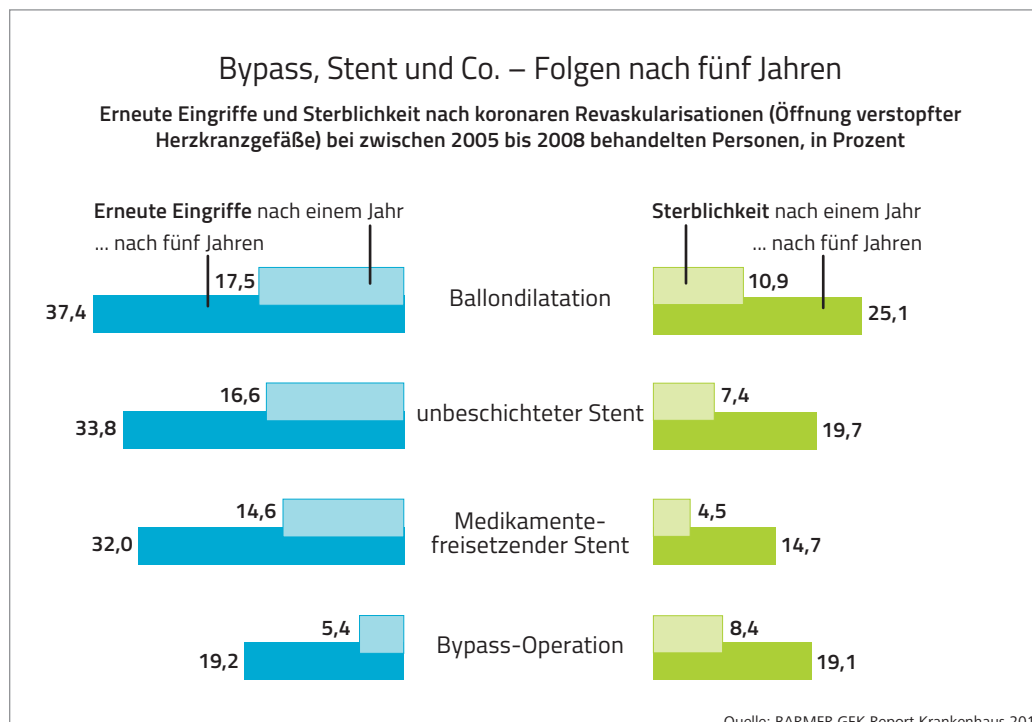
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.






Zurück zum Inhalt

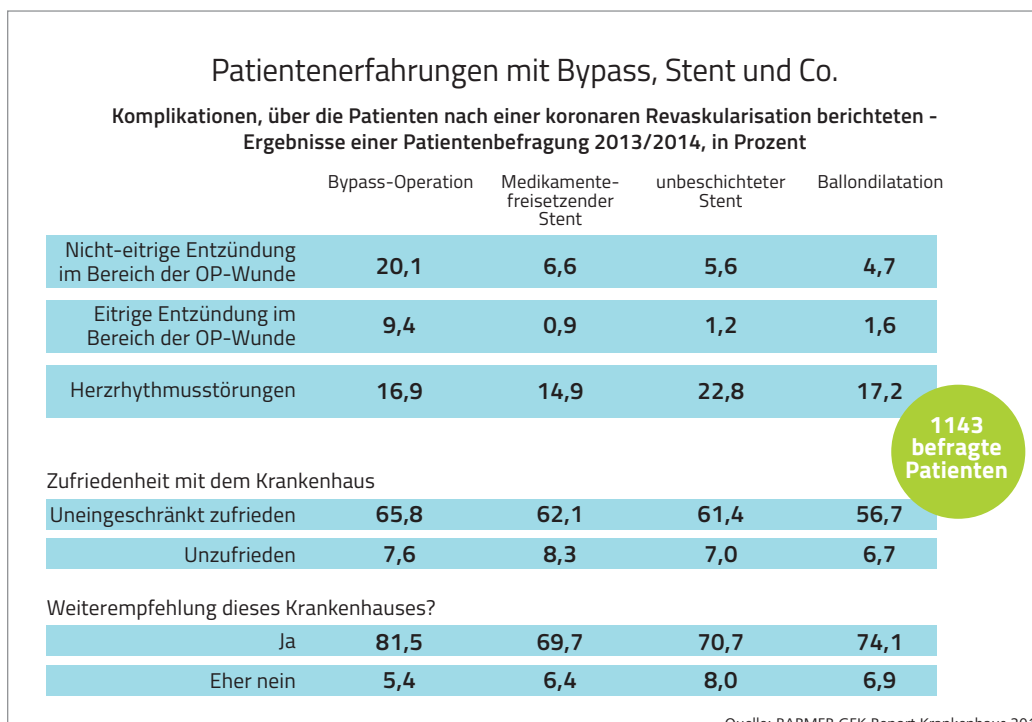
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#) 

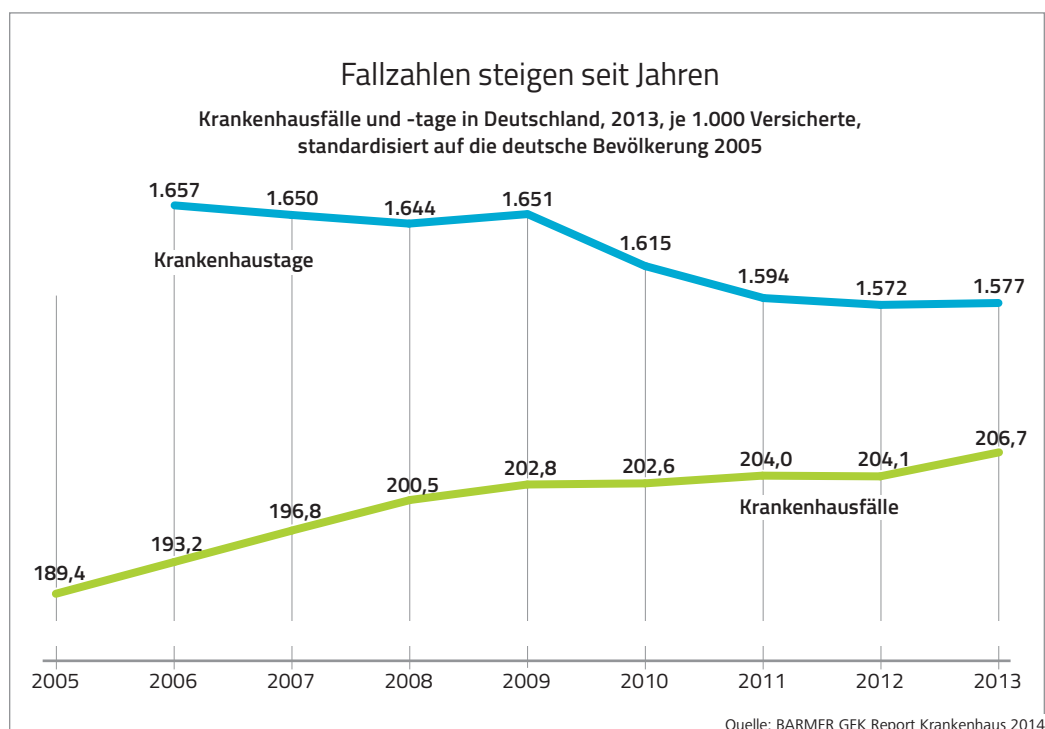
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



Zurück zum Inhalt

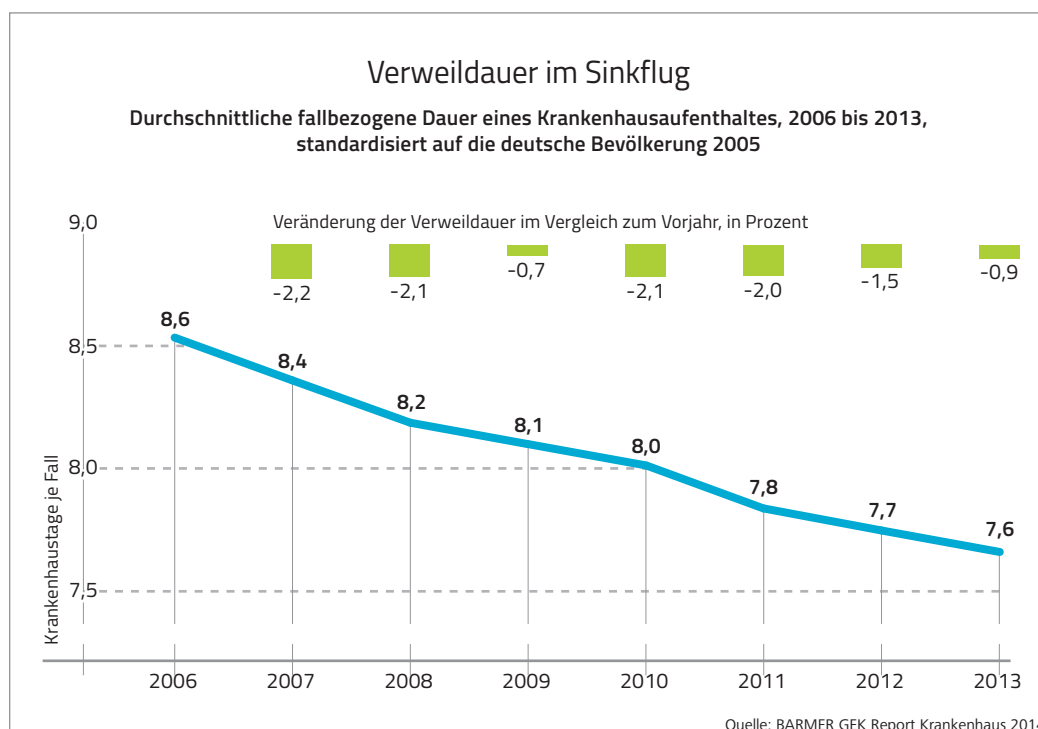
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



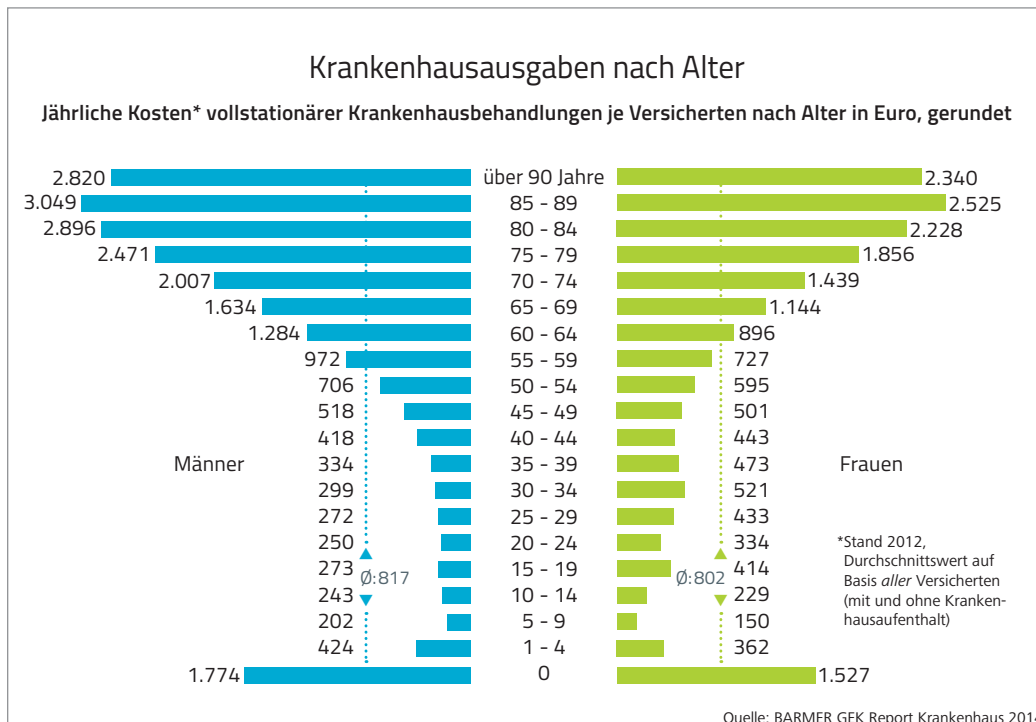
[Zurück zum Inhalt](#) ↗

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: karin.emmel@barmer-gek.de ↗) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#) ↩

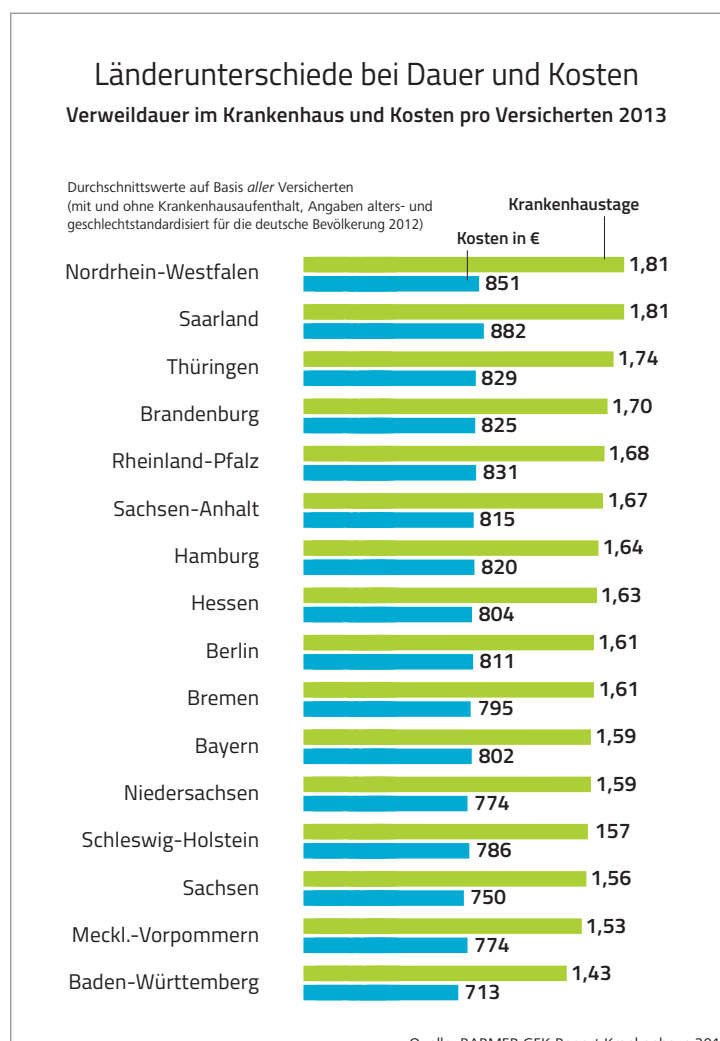
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. ↩
Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de ↩) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



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.

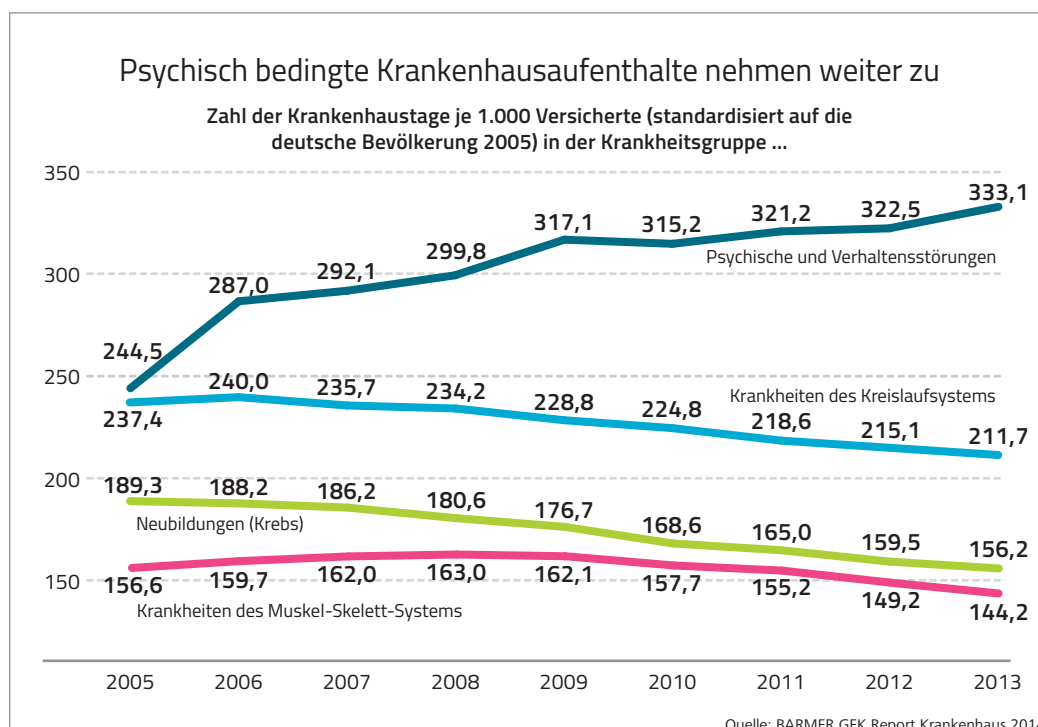
Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



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.

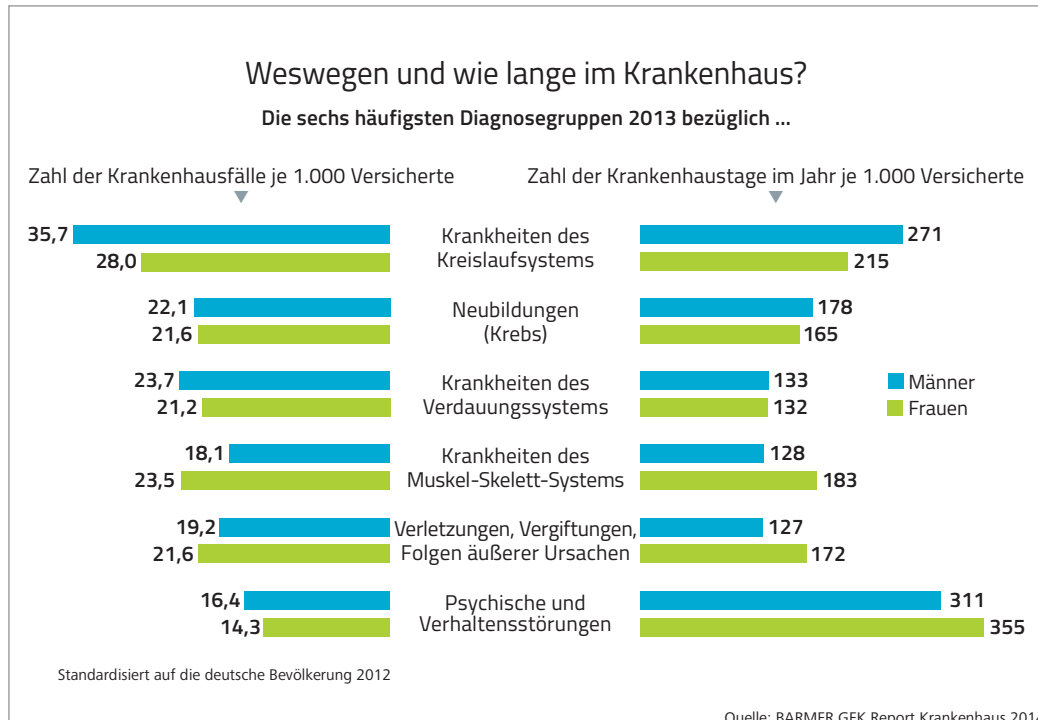
Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



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: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.