

BARMER GEK Report Krankenhaus 2013

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 23. Juli 2013

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der BARMER GEK

Prof. Dr. Eva Maria Bitzer,

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung
(ISEG), Hannover

Athanasios Drougias,

Leiter Unternehmenskommunikation der BARMER GEK (Moderation)

Berlin, 23. Juli 2013

BARMER GEK Report Krankenhaus 2013

Deutlich weniger Klinikaufenthalte wegen Darmkrebs

In Deutschland müssen weniger Menschen wegen Darmkrebs im Krankenhaus behandelt werden. Zu diesem Ergebnis kommt der heute in Berlin vorgestellte Report Krankenhaus 2013 der BARMER GEK. Zwischen 2005 und 2012 sank die Zahl der Betroffenen um 21 Prozent, auch Chemotherapie und Bestrahlung gehen zurück und werden offensichtlich zunehmend von niedergelassenen Fachärzten angewendet. „Diese erfreuliche Entwicklung lässt den Rückschluss zu, dass mit Hilfe gezielter Vorsorgemaßnahmen Darmkrebs heute so früh erkannt wird, dass er seltener im Krankenhaus behandelt werden muss“, so Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK.

Mit jährlich rund 69.000 Neuerkrankungen ist Darmkrebs eine der häufigsten Krebsarten in Deutschland. Das Autorenteam des BARMER GEK Reports um Prof. Dr. Eva Maria Bitzer vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) konnte Veränderungen in der Darmkrebsbehandlung belegen. So haben schonendere laparoskopische Operationstechniken in den letzten sieben Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Ihr Anteil stieg von 5 auf 15 Prozent. Ein Anstieg war außerdem im Bereich der Fallkosten zu verzeichnen: „Die Kosten je Betroffenen für die Behandlung von Darmkrebs im Krankenhaus sind zwischen 2005 und 2012 um 21 Prozent gestiegen, von durchschnittlich 9.316 auf 11.314 Euro“, so Bitzer.

Patientenbefragung: Ein Drittel beklagt Komplikationen

Bestandteil des diesjährigen Reports ist auch eine Befragung von rund 800 Patientinnen und Patienten, die 2012 eine stationäre Darmkrebsbehandlung erfuhren. Ein Drittel der Betroffenen berichtet dabei von Komplikationen im Zusammenhang mit der Krebsbehandlung. Am häufigsten werden Wundheilungsstörungen (15,4 Prozent) und Darmverschluss (4,1 Prozent) genannt. Patienten erleben zudem häufig Scham und soziale Einschränkungen.

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

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

Für BARMER GEK Vorstandsvize Schlenker belegt die rückläufige Darmkrebsbehandlung in Kliniken den Stellenwert der Früherkennung. Man wolle die Impulse durch das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz vom Frühjahr dieses Jahres nutzen, um die Aufklärung weiter auszubauen. „Eigentlich ist ab 2017 geplant, routinemäßig zu Vorsorgeuntersuchungen einzuladen. Die BARMER GEK wird dies voraussichtlich früher tun, ein entsprechendes individualisiertes Einladungsverfahren wollen wir in Bayern erproben“, so Schlenker.

Behandlungszahlen in Kliniken insgesamt weiter auf hohem Niveau

Das Gesamtbild der stationären Versorgung war 2012 durch unverändert hohe Behandlungszahlen, einen Rückgang der Verweildauer je Behandlungsfall und eine geringfügig niedrigere Gesamtverweilzeit gekennzeichnet. „Unverändert setzt sich ein seit den neunziger Jahren beobachteter Trend fort. Auch 2012 sind die Aufenthalte im Krankenhaus im Durchschnitt kürzer als im Vorjahr“, so Bitzer. Waren es bis 1992 mehr als 13 Tage, so sank die Verweildauer 2012 auf 8,3 Tage. Die Behandlungshäufigkeit blieb 2012 gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert (189 Fälle je 1.000 Versicherte gegenüber 190 im Jahr 2011). Beide Effekte führen dazu, dass die Gesamtverweildauer 2012 geringfügig zurückging.

BARMER GEK Vize Schlenker sieht für die kommende Legislaturperiode eine Reform im Krankenhausbereich vorgezeichnet. Zumindest auf Seiten der Politik und der Krankenkassen sei man sich über die Problemlagen weitgehend einig. „Wir müssen das Mengenproblem in den Griff bekommen, indem wir die medizinisch nicht zwingend notwendigen Behandlungen verhindern. Wir wollen außerdem die Qualitätssicherung im Krankenhaus vorantreiben und eine Lösung dafür finden, dass sich die Bundesländer immer mehr aus der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zurückziehen.“ Einen wichtigen Ansatzpunkt sieht Schlenker in Direktverträgen zwischen Kliniken und Krankenkassen für planbare Behandlungen. Krankenkassen sollten zudem mehr Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung bekommen.

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

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

Ergebnisse aus dem Report Krankenhaus 2013

Behandlungszeiten

Maßgeblich für die zurückgehende Verweildauer im Krankenhaus ist vor allem der Rückgang an Behandlungszeit bei Kreislauferkrankungen. Sie sank von 1990 bis 2012 um 44 Prozent – von 380 Behandlungstagen je 1.000 Versicherte auf 213 Behandlungstage. Im Gegenzug haben jedoch die Verweildauern wegen psychischer Erkrankungen erheblich zugenommen. 1990 wurden 175 Behandlungstage je 1.000 Versicherte gezählt, 2012 waren es 293. Das entspricht, unter Annahme einer unveränderten Geschlechts- und Altersstruktur, einem Zuwachs von 67 Prozent.

Kosten

Nach altersstandardisierten Auswertungen hat ein durchschnittlicher BARMER GEK Versicherter im vergangenen Jahr 1,9 Tage im Krankenhaus zugebracht und dabei Kosten von 792 Euro verursacht. Während die Kosten bei Kindern zwischen fünf und neun Jahren jährlich im Schnitt unter 200 Euro lagen, betragen sie bei Menschen über 80 Jahre mehr als 2.000 Euro. Hauptursache für die Kosten waren Krankheiten des Kreislaufsystems und Krebs.

Krankheitsarten

Die meisten Krankenhaustage entfielen 2012 mit 17,6 Prozent, wie bereits im Vorjahr (17,7 Prozent), auf Behandlungen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen. Den größten Anteil machten durch Alkohol bedingte Störungen aus. Für die Verweilzeiten sind allerdings Depressionen und Schizophrenien wegen ihrer langen Behandlungsdauer relevanter. So machten 2012 allein Depressionen 6,3 Prozent aller Behandlungstage aus.

Patientenbefragung

An der Patientenbefragung beteiligten sich 816 von 1.303 angeschriebenen Versicherten der BARMER GEK. Neun von zehn Betroffenen sind chirurgisch behandelt worden. Die Hälfte der Befragten wurde anschließend ambulant chemotherapeutisch behandelt. Die Hälfte der Männer und Frauen ist im Nachhinein mit der Behandlung des Darmkrebses wegen medizinischer Komplikationen und Funktionseinschränkungen nicht uneingeschränkt zufrieden.

Entscheidungshilfe

Ihren Versicherten bietet die BARMER GEK eine Entscheidungshilfe zum Thema „Darmkrebsfrüherkennung“ an. Sie ist im Internet zu finden unter www.barmer-gek.de/139821.

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

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

Statement

BARMER GEK Report Krankenhaus 2013

**Darmkrebsvorsorge senkt Behandlungsrate im Krankenhaus
Krankenhausreform nach der Bundestagswahl**

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 23. Juli 2013 in Berlin

Krankenhausaufenthalte immer kürzer

Einige Kennzahlen zur stationären Versorgung scheinen wie in Stein gemeißelt: Während die Verweilzeiten zurückgehen, steigen die Fallzahlen. Diese Gegenläufigkeit hat sich 2012 zwar nicht ganz fortgesetzt. Die Fallzahlen blieben ungefähr auf Vorjahrsniveau und damit unverändert hoch. Allerdings ist ein weiterer Rückgang der Verweildauer auf 8,3 Tage belegt. Zwei andere, gegenläufige Trends blieben unverändert: abnehmende Behandlungszeiten für Herz-Kreislauf-erkrankungen (minus 44 Prozent seit 1990) und steigende Behandlungszeiten für psychische Erkrankungen (plus 67 Prozent).

Diese Entwicklungslinien spiegeln sich auch in den Diagnose-Ranglisten nach Krankenhaus-Fällen und Tagen wider. Nach Fallhäufigkeit dominieren die Herz-Kreislauf-erkrankungen. Es folgen die Muskelskeletterkrankungen, also Rücken, Hüfte, Knie. Schillernde Ausnahme ist hier der Spitzenreiter, die alkoholbedingten Krankenhausaufenthalte. Nach Verweildauer liegen die psychischen Störungen weit vorne. Allein auf die Behandlung von Depressionserkrankungen entfallen 6,3 Prozent aller Behandlungstage im Krankenhaus!

Erfreulich: Darmkrebsbehandlungen im Krankenhaus rückläufig

Ob Hüft- und Knie-Operationen, Depressionen oder Prostatakrebs, in den letzten Jahren zeigten die Zahlen unseres Reports Krankenhaus oft nach oben. In diesem Jahr ist das anders: Die stationäre Behandlung des Darmkrebs nimmt ab, Operationen im Krankenhaus werden weniger. Auch Chemotherapie und Bestrahlung gehen zurück und werden offenbar zunehmend von niedergelassenen Onkologen durchgeführt. Insgesamt sind die Fallzahlen in diesem Bereich der Krankenhausversorgung also stark rückläufig.

Das ist keineswegs selbstverständlich. Der Krebs gilt vielen als Schicksal einer alternden Gesellschaft und Synonym für wachsende Versorgungsherausforderungen. Und der Darmkrebs ist bekanntlich die zweithäufigste maligne Krebsform. Die Erklärung der Versorgungsforscher ist allerdings eindeutig: Hier liegt der Rückschluss nahe, dass sich die verstärkte Darmkrebsfrüherkennung positiv auswirkt! Wenn innerhalb von sieben Jahren die Darmkrebs-Behandlung im Krankenhaus um 21 Prozent zurückgeht, die Fallzahlen sogar um 27 Prozent sinken, dann kann dies als erfreulicher Beleg für die Wirksamkeit der Darmkrebs-Früherkennung gedeutet werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es auch nicht sachgerecht, wenn Vorsorgekritiker keinen Nutzen der Darmkrebs-Vorsorge erkennen

wollen und stattdessen allein die Risiken und Komplikationen einer Darmspiegelung betonen.

Das aktuelle Darmkrebs-Früherkennungsprogramm hat noch Potential

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht mehrere Leistungen zur Darmkrebsvorsorge vor: So können sich Versicherte ab 50 Jahren den Darm untersuchen lassen. Zu dieser Untersuchung zählt die ärztliche Information und Beratung, das Austasten des Mastdarms und ein Test zur Feststellung von verborgenem Blut im Stuhl. Ab dem 55. Lebensjahr haben Versicherte zudem Anspruch auf eine komplette Darmspiegelung. Die sogenannte Koloskopie ist für die Vorsorge von zentraler Bedeutung. Sie ermöglicht die frühzeitige Entfernung gutartiger Wucherungen der Darmschleimhaut, sogenannter Polypen. So trägt sie entscheidend dazu bei, dass viele bösartige Karzinome erst gar nicht entstehen können – und als Darmkrebs im Krankenhaus behandelt werden müssen.

Für eine optimierte Früherkennung sollte die Möglichkeit der ersten Darmspiegelung im Alter von 55 Jahren noch stärker in Anspruch genommen werden. Aus dem BARMER GEK Arztreport wissen wir, dass im Jahr 2011 hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung rund 252.000 Darmspiegelungen bei Frauen und etwa 238.000 Darmspiegelungen bei Männern durchgeführt wurden. In den vor allem relevanten Altersgruppen zwischen dem 55. und 70. Lebensjahr sind das nur zwei bis vier Prozent. Die vorausgehenden Früherkennungsuntersuchungen, Abtasten und Stuhltest, werden dagegen stärker frequentiert. Fast jede dritte Frau zwischen 50 und 55 Jahren nimmt diese Leistung in Anspruch, im Alter zwischen 65 und 75 sind es noch rund 15 Prozent. Männer hingegen sind als Vorsorgemuffel bekannt und warten eher ab: Zwischen 50 und 60 Jahren gehen nur etwa 10 Prozent zur Vorsorge. Im Alter zwischen 70 und 80 Jahren immerhin 14 Prozent.

Neue Wege zur Verbesserung der Darmkrebs-Vorsorge

In der Darmkrebs-Vorsorge hat sich also einiges getan, doch gibt es noch Luft nach oben. Zur Motivation bedarf es der gezielten Beratung und Information durch den Arzt. Aber auch Krankenkassen sind hier in der Pflicht. Die BARMER GEK stellt in Kooperation mit der Universität Hamburg schriftliche Entscheidungshilfen zur Verfügung, spricht gezielt Männer im Alter 50+ an und wirbt aktiv für die Inanspruchnahme der Koloskopie. Die regionale Kampagne „1000 mutige Männer“, zusammen mit der Deutschen Krebsgesellschaft, findet großes Echo und schafft Bewusstsein.

Und wir werden die Aufklärung weiter verstärken. Mit Inkrafttreten des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetzes im Frühjahr gibt es neue Impulse und Gestaltungsoptionen. So werden wir frühzeitig von der Möglichkeit Gebrauch machen und das erst für 2017 geplante Einladungswesen zur Früherkennung bereits früher per Modellvorhaben starten. Daran anknüpfend prüfen wir gerade die Einführung des immunologischen Stuhltests als Satzungsleistung. Dieses neue Testverfahren ist nach letzten Erkenntnissen deutlich treffsicherer als der Standardtest auf Enzyimbasis. Damit lassen sich Personen mit Erkrankung sicherer erkennen und gesunde Personen ausschließen.

Der Stellenwert der Darmkrebs-Vorsorge wird vollends deutlich, wenn man sich die Ergebnisse der Patientenbefragung anschaut: Ein Drittel der Betroffenen berichtet von Komplikationen im Zusammenhang mit der Krebsbehandlung. Schwerwiegende Beschwerden nach der OP und die Beeinträchtigung der Lebensqualität sind die Regel. Auch die ermittelten Sterblichkeitsraten nach einer stationären Behandlung des Darmkrebs sprechen für sich: Rund 20 Prozent der Patienten versterben innerhalb von zwölf Monaten, knapp 50 Prozent innerhalb von fünf Jahren.

Die Krankenhausreform nach der Bundestagswahl

Für die nächste Legislaturperiode ist eine Reformagenda im Krankenhausbereich vorgezeichnet. Zumindest auf politischer und Kassenseite ist man sich über die Problemlagen weitgehend einig: Das Mengenproblem muss endlich in den Griff bekommen werden. Es gilt die Qualitätssicherung voranzutreiben. Die Malaise der abnehmenden Investitionskostenbeteiligung auf Seiten der Länder muss beendet werden. Und schließlich müssen wir bei der Vernetzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung vorankommen – Stichwort ambulante spezialfachärztliche Versorgung.

Zur Eindämmung der medizinisch unbegründeten Mengendynamik kursieren einige Vorschläge bis hin zu einer Totalreform der DRG-Fallpauschalen. Das hieße allerdings, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Natürlich muss das DRG-System weiter verfeinert werden. Eine grundlegende Revision des Fallpauschalensystems erscheint aber nicht angezeigt. Dass Krankenhäuser Effizienzkriterien gehorchen müssen und Überkapazitäten in einem solidarisch finanzierten Gesundheitswesen schädlich sind, dürfte jedem klar sein. Der Konzentrationsprozess im Krankenhausbereich wird fortschreiten. Die Krankenhäuser

müssen verstärkt auf Arbeitsteilung setzen. Nicht jedes Haus muss alles machen. Spezialisierung und Vernetzung sind hier die richtigen Schlagwörter.

Um bei Menge und Qualität einen entscheidenden Schritt voranzukommen, brauchen Krankenkassen auch die Möglichkeit, Direktverträge mit Krankenhäusern abzuschließen zu können. Zudem muss es einen Wiederanschub der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder geben. Falls das nicht möglich ist, sollten sich die Länder aus der Verantwortung zurückziehen, die sie ohnehin immer seltener wahrnehmen. Zumindest sollten den Krankenkassen aber deutlich mehr Mitspracherechte bei der Krankenhausplanung eingeräumt werden, wo sie doch den überwiegenden Teil der Krankenhausfinanzierung inklusive von Investitionslasten tragen.

Statement

BARMER GEK Report Krankenhaus 2013

Schwerpunktthema: Die stationäre Versorgung von Darmkrebs

von Prof. Dr. Eva Maria Bitzer, MPH

ISEG - Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und

Gesundheitssystemforschung, Hannover

und

Pädagogische Hochschule Freiburg

anlässlich der Pressekonferenz

am 23. Juli 2013 in Berlin

Allgemeine Entwicklung der akut-stationären Versorgung 2012: Stabile Behandlungsfallzahl, Rückgang der Verweildauer je Behandlungsfall, geringfügiger Rückgang der Gesamtverweilzeit.

Grundlage für den vorliegenden Report Krankenhaus bildet der Datenbestand der BARMER GEK. Analysen zur Entwicklung im zeitlichen Verlauf basieren teilweise auf einem Ausschnitt dieser Daten, den Daten der ehemaligen GEK.

Im Vergleich zum Vorjahr hat die fallbezogene Verweildauer nach altersstandardisierten Auswertungen von 8,4 auf 8,3 Tage weiter abgenommen, während die Behandlungshäufigkeit in Krankenhäusern mit 189 Fällen je 1.000 Versicherte im Vergleich zum Vorjahr (2011: 190 Behandlungen pro 1000 Versicherte) stabil blieb. Aus beiden Trends resultierte 2012, bereinigt um demographische Effekte, eine im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunkene Gesamtverweilzeit in Krankenhäusern.

Seit dem Berichtsjahr 2007 sind psychische Störungen bei Frauen und Männern für die meisten Behandlungstage im Krankenhaus verantwortlich. Sie haben Krankheiten des Kreislaufsystems als Hauptanlass für Krankenhausbehandlungen abgelöst. Mittlerweile entfallen 17,7% Prozent aller Behandlungstage im Krankenhaus auf die Hauptdiagnose „Psychische Störungen“. Zwischen 1990 und 2011 haben die Behandlungstage in Krankenhäusern aufgrund von psychischen Störungen um 65% von 175 auf 293 Tage je 1.000 Versicherte zugenommen. Im Vergleich zum Jahr 2011 beträgt die Zunahme jedoch nur noch 4 zusätzliche Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen je 1.000 Versicherte (+1,3%), im Vorjahr betrug der Zuwachs noch plus 13 Tage.

Schwerpunktthema: Die Behandlung von Darmkrebs im Krankenhaus

Bei Dickdarmkrebs handelt es sich um eine häufige Krebserkrankung, die in 9 von 10 Fällen nach dem 50. Lebensjahr auftritt. Insgesamt erkranken pro Jahr ca. 65.000 Männer und Frauen neu. Im Mittelpunkt des BARMER GEK Reports Krankenhaus 2013 stehen die in der stationären Versorgung behandelten Patienten mit Darmkrebs.

Positiv: trotz einer älter werdenden Bevölkerung sinkt die Rate der Betroffenen, die wegen Darmkrebs im Krankenhaus behandelt werden.

Altersstandardisiert hat allein zwischen 2005 bis 2012 die Zahl der von einem Krankenhausaufenthalt wegen Darmkrebs Betroffenen von 11,71 Personen je 10.000 um 21 Prozent auf 9,28 Betroffene je 10.000 abgenommen. Da die Häufigkeit, mit der Darmkrebs in der Bevölkerung auftritt, in den letzten Jahren nicht substantiell gesunken ist, gehen wir davon aus,

dass Darmkrebs und seine Vorstufen öfter so früh erkannt werden, dass eine Behandlung im Krankenhaus nicht mehr nötig ist.

Die initiale Behandlung vom Darmkrebs im Krankenhaus ist chirurgisch und immer öfter laparoskopisch

Die Analysen zeigen, dass die initiale vollstationäre Behandlung des Darmkrebs primär chirurgisch ist. Die anteilige Bedeutung laparoskopischer Operationstechniken hat von 2005 bis 2012 von 5% auf 15% stark zugenommen, zu Lasten der offen-chirurgischen Verfahren, deren anteilige Bedeutung von 80% auf 70% gesunken ist. In 2012 wurde häufiger ein künstlicher Darmausgang gelegt als in 2005.

Onkologische Versorgung findet ambulant statt

Die Anzahl der vollstationären Behandlungsfälle mit Bestrahlung pro 10.000 Versicherte hat um 42 Prozent abgenommen (von 1,32 auf 0,75), die der Behandlungsfälle mit Chemotherapie sogar um 56 Prozent (von 4,74 auf 2,09). Die Abnahme spiegelt zum einen den allgemeinen Rückgang der Krankenhausbehandlungsfälle aufgrund von Darmkrebs wider und darüber hinaus Verlagerungseffekte aus der stationären in die ambulante Versorgung.

Die Behandlung von Dickdarmkrebs im Krankenhaus ist teurer geworden

Krankenhausaufenthalte aufgrund von Darmkrebs dauern seit dem Jahr 2000 konstant ca. 11 Tage. Die Kosten für die vollstationäre Behandlung je Betroffenen sind zwischen 2005 bis 2012 von durchschnittlich 9.316 Euro auf 11.314 Euro und damit um 21% gestiegen.

Darmkrebs, der im Krankenhaus behandelt werden muss, hat eine hohe Sterblichkeit

Darmkrebs, der im Krankenhaus behandelt wird, ist noch immer eine in hohem Ausmaß tödliche Erkrankung: Altersübergreifend sind ein Jahr nach der Erstbehandlung ca. 20% der Erkrankten verstorben, fünf Jahre nach der Entlassung aus dem Krankenhaus lebt etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen (54,9%).

Die 30-Tage Mortalität der am häufigsten durchgeführten chirurgischen Erstbehandlung beträgt im Durchschnitt 5,7%. Sie ist bei offen-chirurgischer Operationstechnik höher als bei laparoskopischer Technik (6,6% vs. 2,2%). Auch wenn wir keine Informationen zum Tumorstadium haben, so lässt sich aus dem niedrigeren Durchschnittsalter der laparoskopisch operierten Patientinnen und Patienten schließen (69 Jahre vs. 72,1), dass diese Operationstechnik eher bei Patienten mit guter Prognose eingesetzt wird.

Die Erfahrungen von Patienten

Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen von Patienten, die in 2012 mit hoher Wahrscheinlichkeit erstmalig aufgrund von Darmkrebs im Krankenhaus behandelt wurden. Sie wurden ca. ein Jahr nach der Entlassung schriftlich befragt. In die Befragung einbezogen wurden Betroffene im Alter zwischen 41 bis 80 Jahren. An der Patientenbefragung beteiligten sich 816 von 1.303 Angeschriebenen (Rücklaufquote: 66,9%). Sie sind zu 48,2% weiblich und im Mittel 67,2 Jahre alt. Nur jede fünfte an der Befragung teilnehmende Person ist jünger als 61 Jahre (21,9%). Unter den Personen, die sich an der Befragung beteiligt haben, sind 61% an einem Kolonkarzinom erkrankt und 39% an einem Rektumkarzinom. Sehr schwer erkrankte Personen und Personen mit (vermutlich) sehr günstiger Prognose haben sich unterdurchschnittlich beteiligt.

Erstbehandlung fast ausschließlich chirurgisch

Bei 9 von 10 Betroffenen erfolgte eine chirurgische Therapie. Bei der weit überwiegenden Mehrheit der Personen mit einem Kolonkarzinom wird der Dickdarm teilweise entfernt (85,7%). Personen mit Rektumkarzinom werden zu 70% mittels Rektumresektion unter Erhalt des Schließmuskels behandelt. Insgesamt haben zum Befragungszeitpunkt noch 11,4% der an der Befragung teilnehmenden Personen einen künstlichen Darmausgang (Kolonkarzinom 7,1%, Rektumkarzinom 18,1%). Die Hälfte der Befragten wird anschließend ambulant chemotherapeutisch behandelt.

Aus Sicht der Patienten: Defizite in der Weiterversorgung

Psychosoziale Aspekte der onkologischen Weiterversorgung, beispielsweise die Berücksichtigung patientenseitiger Vorstellungen, die Einbindung in die Entscheidungsfindung oder die Unterstützung in der Krankheitsbewältigung werden nach Einschätzung der Patienten im Durchschnitt nur gelegentlich adressiert und damit noch seltener als von Patienten mit affektiven Störungen.

Lebensqualität ein Jahr nach der Erstbehandlung: eingeschränkt

Trotz einer nur geringfügig ungünstigeren Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands fällt die körperliche und psychosoziale Funktionalität der Befragungsteilnehmer erheblich geringer aus als in der alters- und geschlechtsentsprechenden Referenzbevölkerung. Besonders ausgeprägt sind die Einschränkungen in der Rollenfunktionalität sowie der emotionalen und sozialen Funktionalität. Personen mit Rektumkarzinom berichten durchweg stärker

ker ausgeprägte funktionale Einschränkungen im Vergleich zur Referenzbevölkerung als Personen mit Kolonkarzinom.

Jede zweite Person ist mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden

Angesichts der Schwere des Erkrankungsbildes ist es erfreulich, dass immerhin knapp die Hälfte der Befragten (50,1%) im Nachhinein mit der Behandlung ihres Darmkrebs zufrieden ist. Die Wahrscheinlichkeit, mit dem Ergebnis zufrieden zu sein, sinkt, wenn im Vergleich zur Normalbevölkerung Einschränkungen in der Rollenfunktion und der Kognition vorliegen und wenn ausgeprägte Angst und Unsicherheit in Bezug auf die Krebserkrankung bestehen. Zudem sind Männer deutlich seltener zufrieden als Frauen. Diese Befunde unterstreichen die große Bedeutung einer angemessenen und auf die Bedürfnisse von Patienten zugeschnittenen psychosozialen Unterstützung von Patienten mit Darmkrebs.

Fazit

Mit Krankenkassendaten lassen sich, wie die zahlreichen früheren Studien der von der BARMER GEK initiierten Versorgungsforschung ebenso wie der heute vorgelegte Report zeigen, differenzierte und aussagekräftige Informationen zur Qualität der Versorgung generieren. Danach kann Folgendes gesagt werden:

- Die Krankenhausversorgung insgesamt ist in den letzten zwei Jahrzehnten (1990-2012) gemessen an der durchschnittlichen und um demografische Effekte bereinigten stationären Gesamtverweilzeit betriebswirtschaftlich effizienter geworden. Trotz der in 2012 beobachteten Stagnation, die Fallzahlen bewegen sich noch immer auf hohem Niveau.
- Behandlungstage im Krankenhaus aufgrund von psychischen Störungen nehmen weiter zu, auch wenn sich der Anstieg zu verlangsamen scheint. Depressionen sind weiterhin für die meisten Behandlungstage im Krankenhaus verantwortlich. Konzertierte Maßnahmen der Versorgungssteuerung und –koordination sind dringend erforderlich.
- Krankenhausbehandlungen wegen Darmkrebs nehmen trotz einer älter werdenden Bevölkerung ab. Angesichts der gravierenden psychosozialen Behandlungsfolgen und der unverändert hohen Sterblichkeit von im Krankenhaus behandeltem Darmkrebs ist das eine sehr gute Nachricht.
- Die deutliche Abnahme der Krankenhausbehandlungen aufgrund von Darmkrebs ist mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Ausdruck verbesserter Früherkennung und Vorsorge. Das für die Darmkrebsfrüherkennung ausgegebene Geld ist gut investiert.
- Die psychosoziale Versorgung sowie die Koordination und Abstimmung der Behandlung, zusammen mit den Patienten und Patientinnen mit Darmkrebs ist zu verbessern!

BARMER GEK-Report Krankenhaus 2013

Krankenhausversorgung

Darmkrebs

Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer, MPH

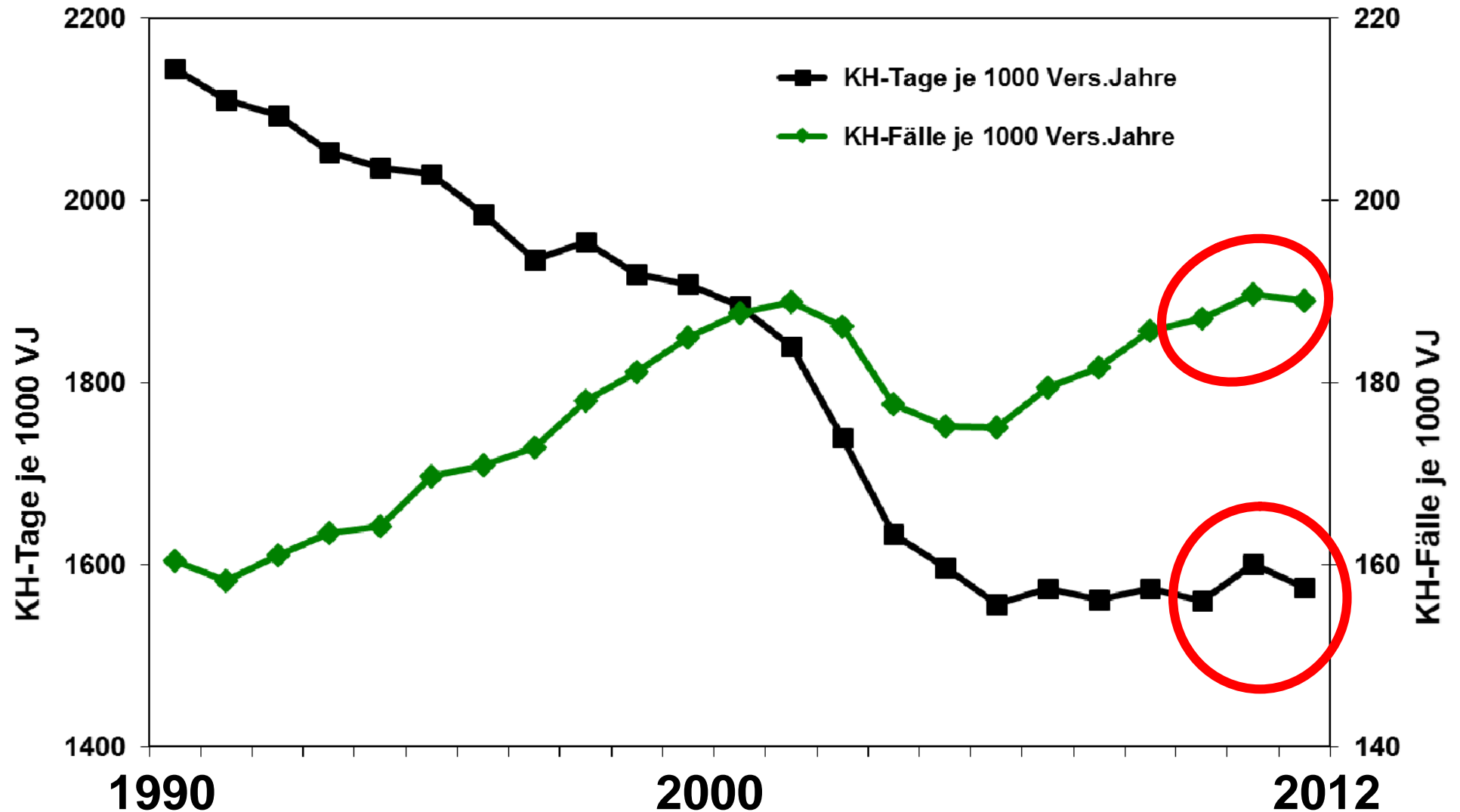
Pressekonferenz

23. Juli 2013, Berlin

Datenbasis

- n Routinedaten der BARMER GEK der Jahre 2005 bis 2012**
- n Analysen zu zeitlichen Entwicklungen**
 - u Routinedaten der ehemaligen GEK 1990 bis 2012**
- n Für patientenbezogene Informationen**
 - u Versichertenbefragung**

Fallzahlen weiter auf hohem Niveau, leichter Rückgang der Gesamtverweilzeit



n In 2012

u	Behandlungsfälle	189	pro 1.000 VJ
u	Verweildauer	8,3	Tage
u	Behandlungstage	1.575	pro 1.000 VJ

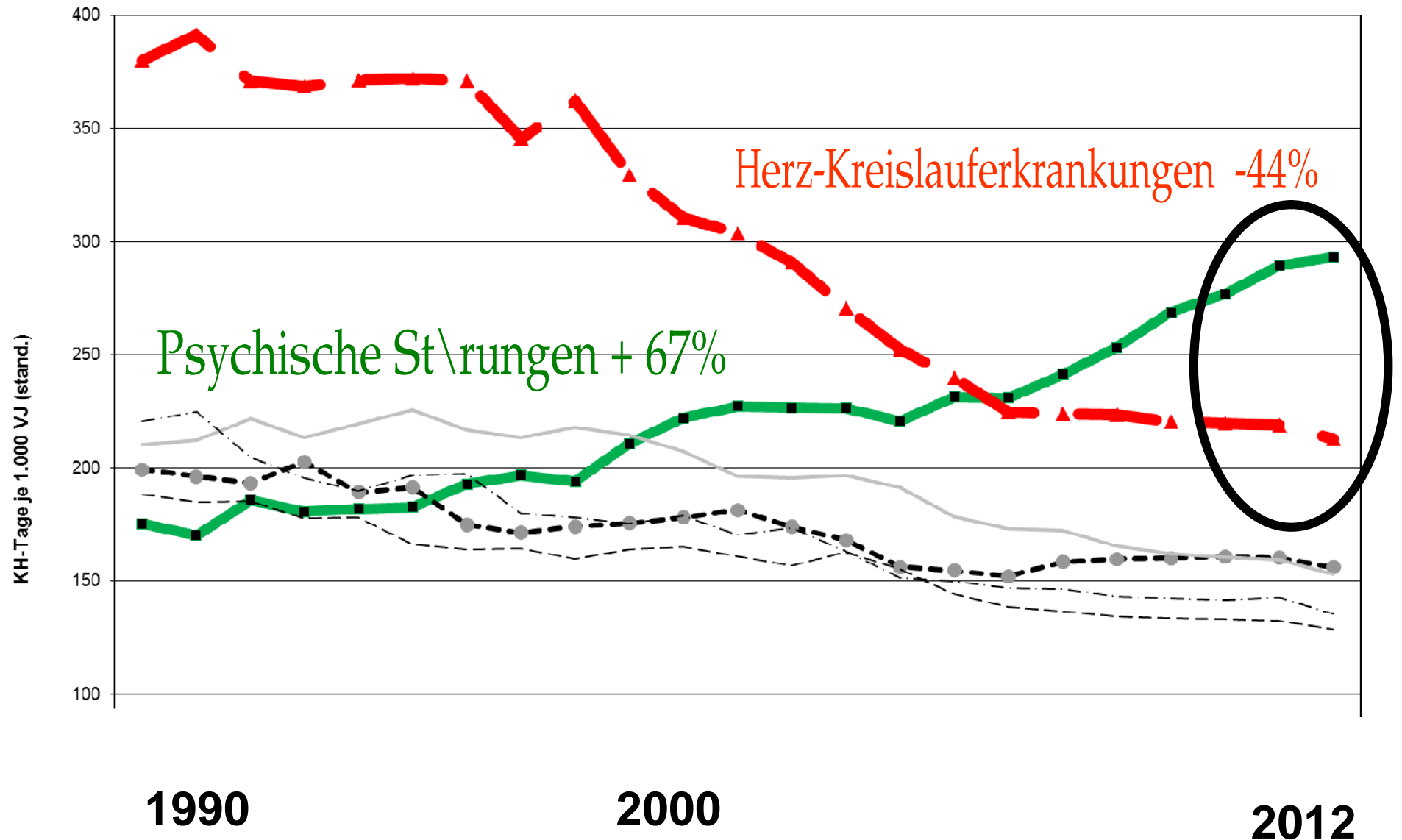
n Im Vergleich zum Vorjahr

u	Behandlungsfälle	-0,5%
u	Verweildauer	-1,1 %
u	Behandlungstage	-1,6%

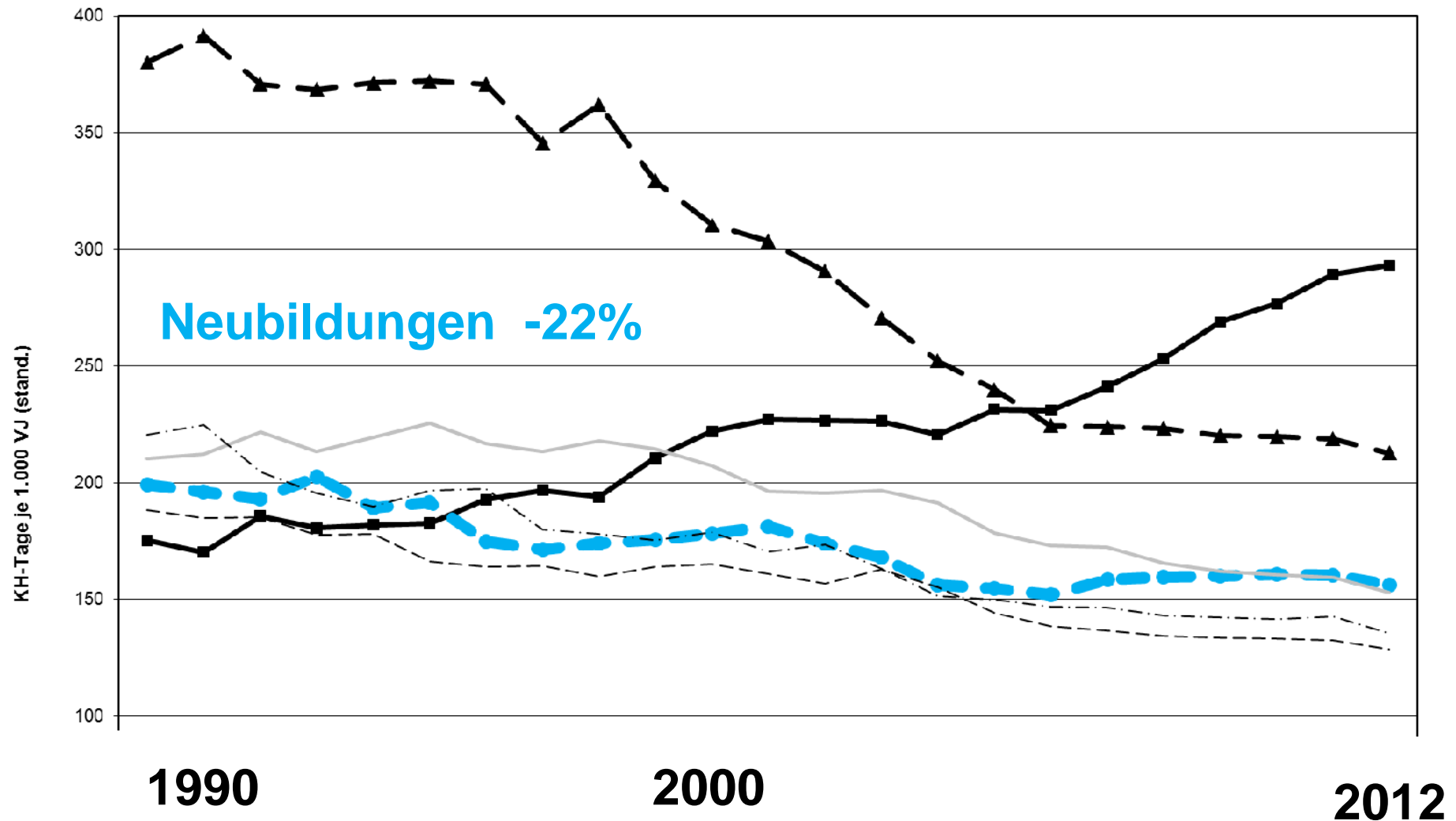
n Seit 1990

u	Behandlungsfälle	+ 18 %
u	Verweildauer	- 38 %
u	Behandlungstage	- 27 %

Behandlungsanlässe (Diagnosen) verändern sich



Neubildungen nehmen (altersstandardisiert) als Behandlungsanlässe ab



Schwerpunktthema: Darmkrebs

n Darmkrebs

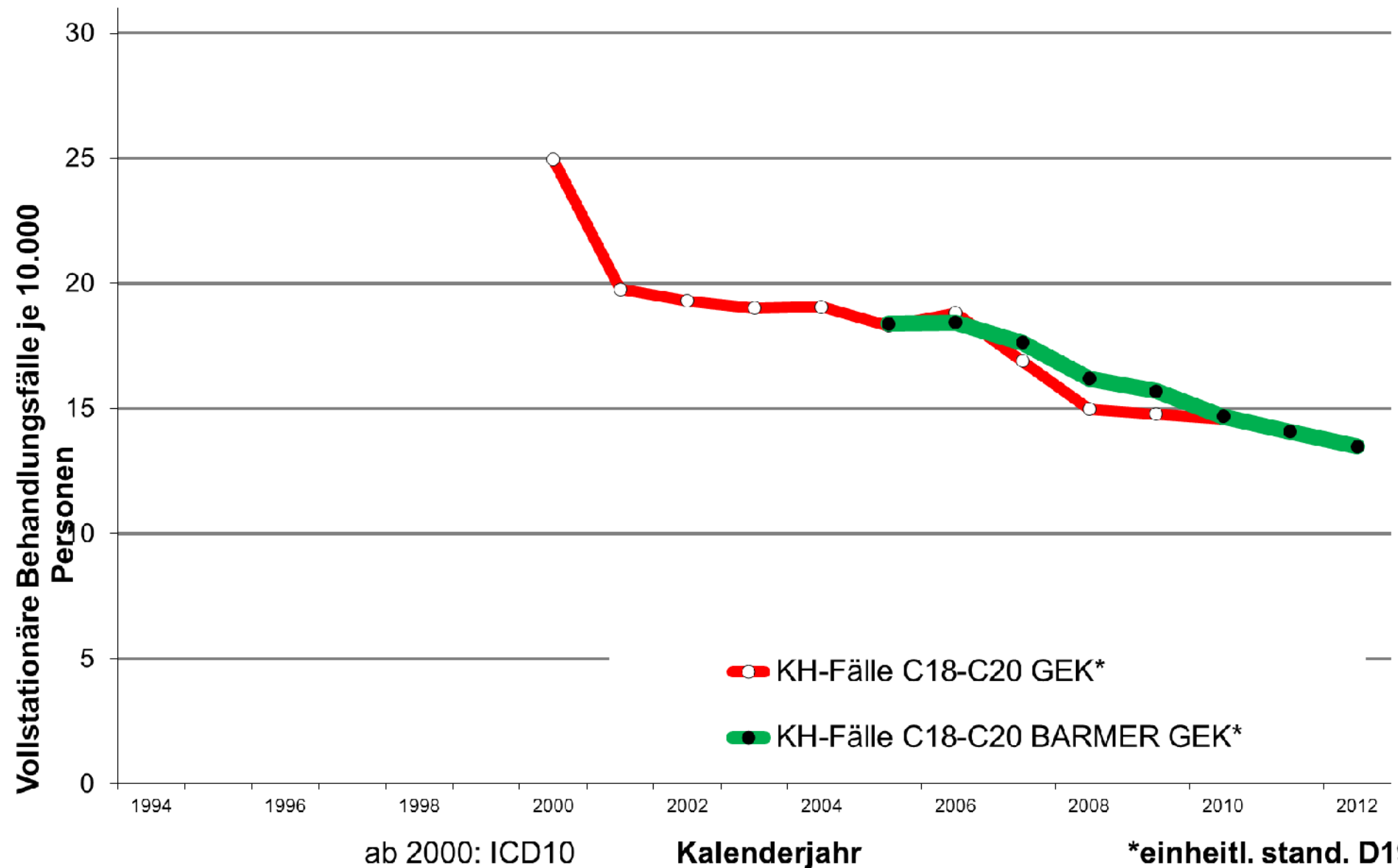
- u zusammenfassend für
Dickdarmkrebs + Mastdarmkrebs
- u Synonyme
Kolonkarzinom + Rektumkarzinom

n ICD-Klassifikation: C18, C19, C20

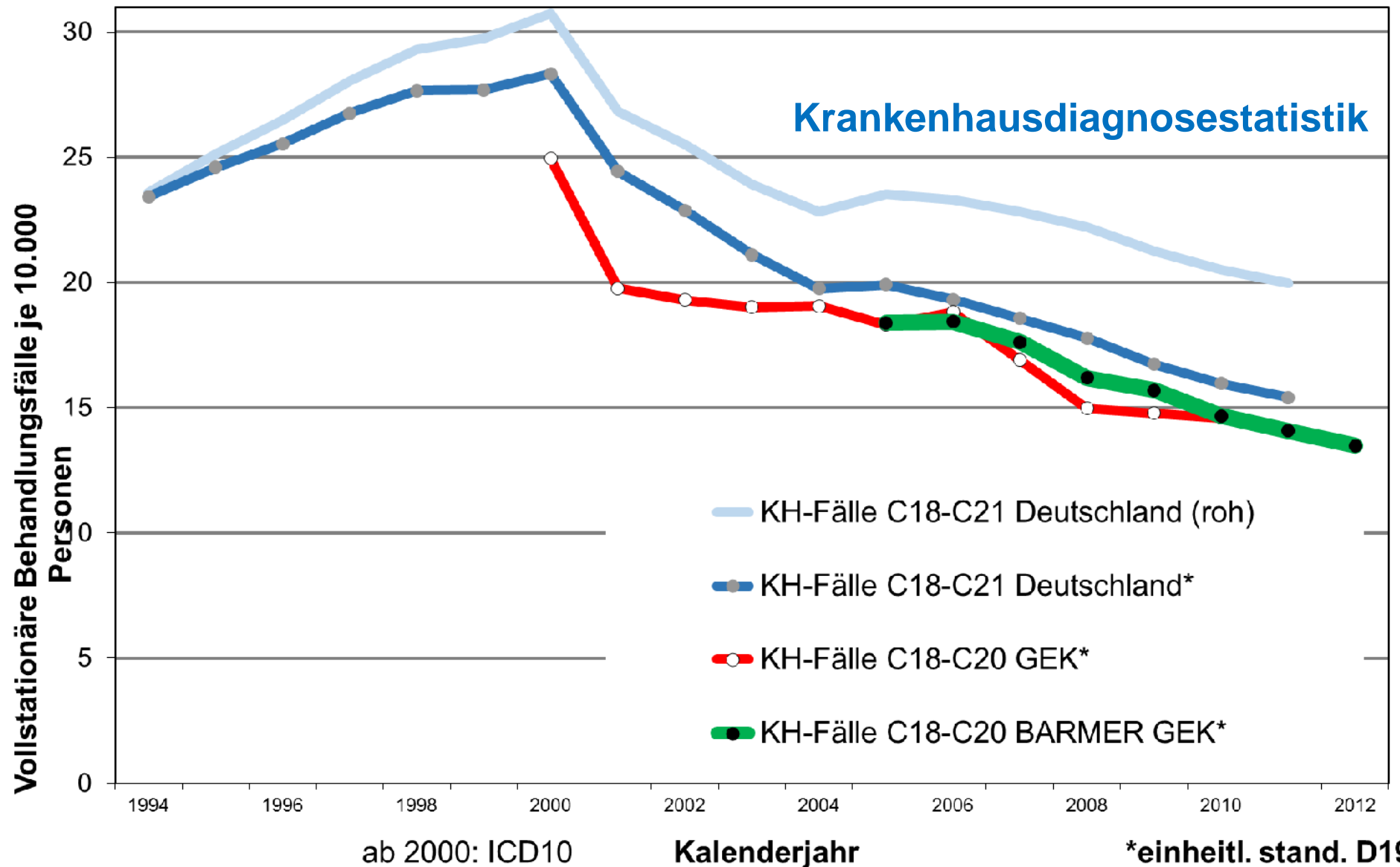
Schwerpunktthema: Darmkrebs

- n **Wie hat sich die Betroffenenrate im Krankenhaus seit 2005 entwickelt?**
- n **Hat sich das Behandlungsspektrum im Krankenhaus verändert?**
- n **Wie ist die Sterblichkeit des im Krankenhaus behandelten Darmkrebs?**
- n **Welche Erfahrungen machen Patientinnen und Patienten?**

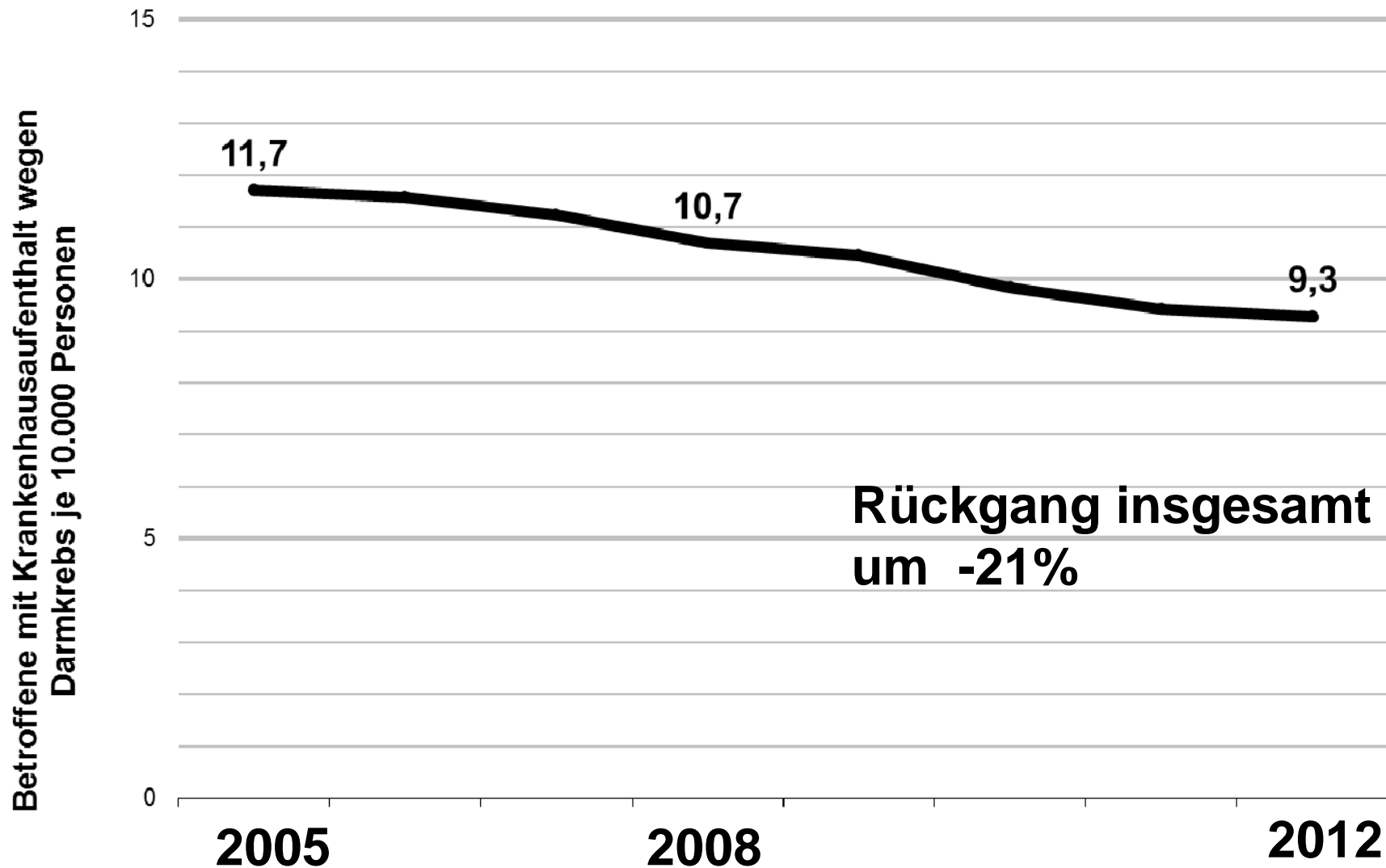
Die Behandlungsfälle im Krankenhaus wegen Darmkrebs gehen zurück



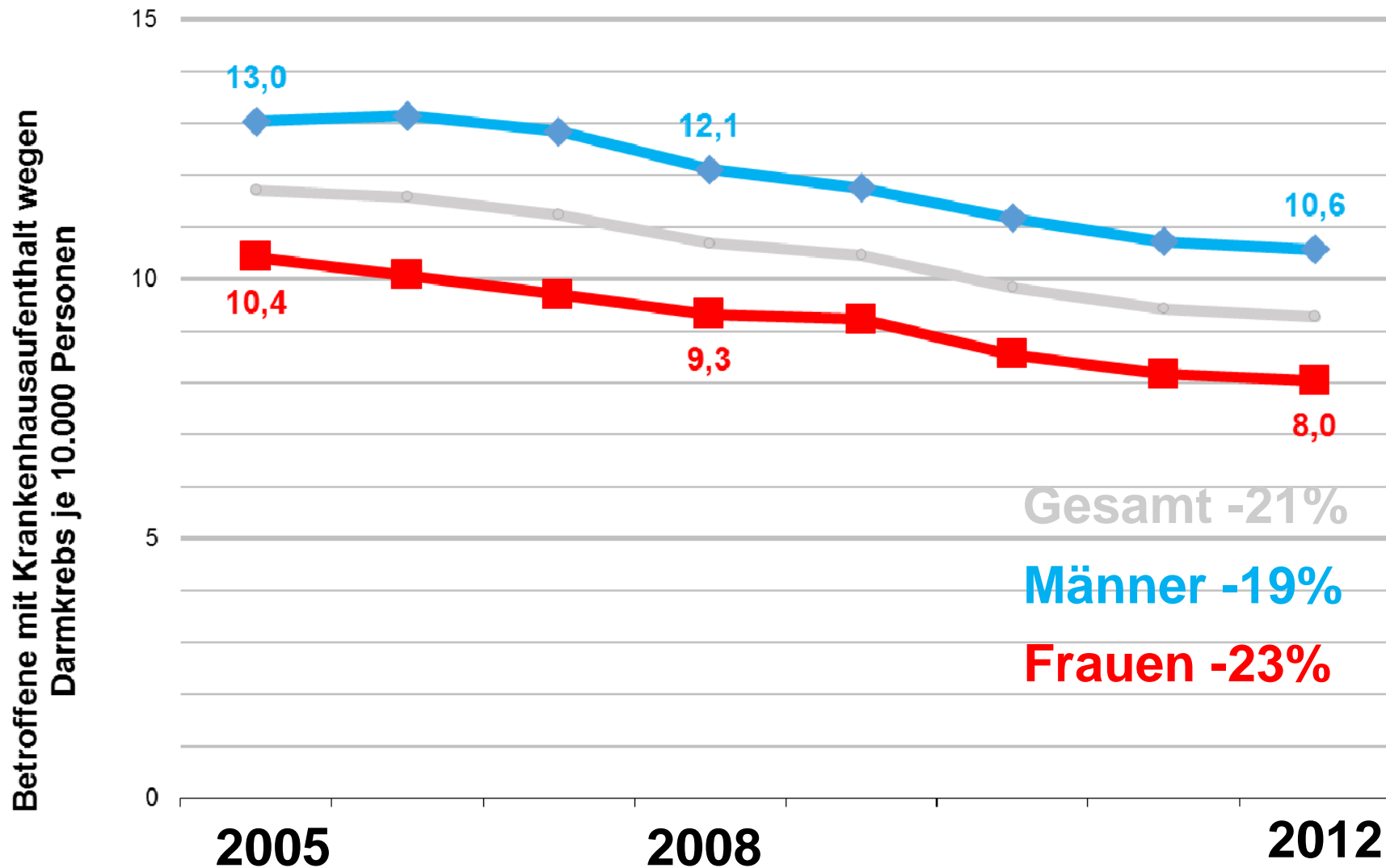
Wie verlässlich sind die Abrechnungsdaten der BARMER GEK?



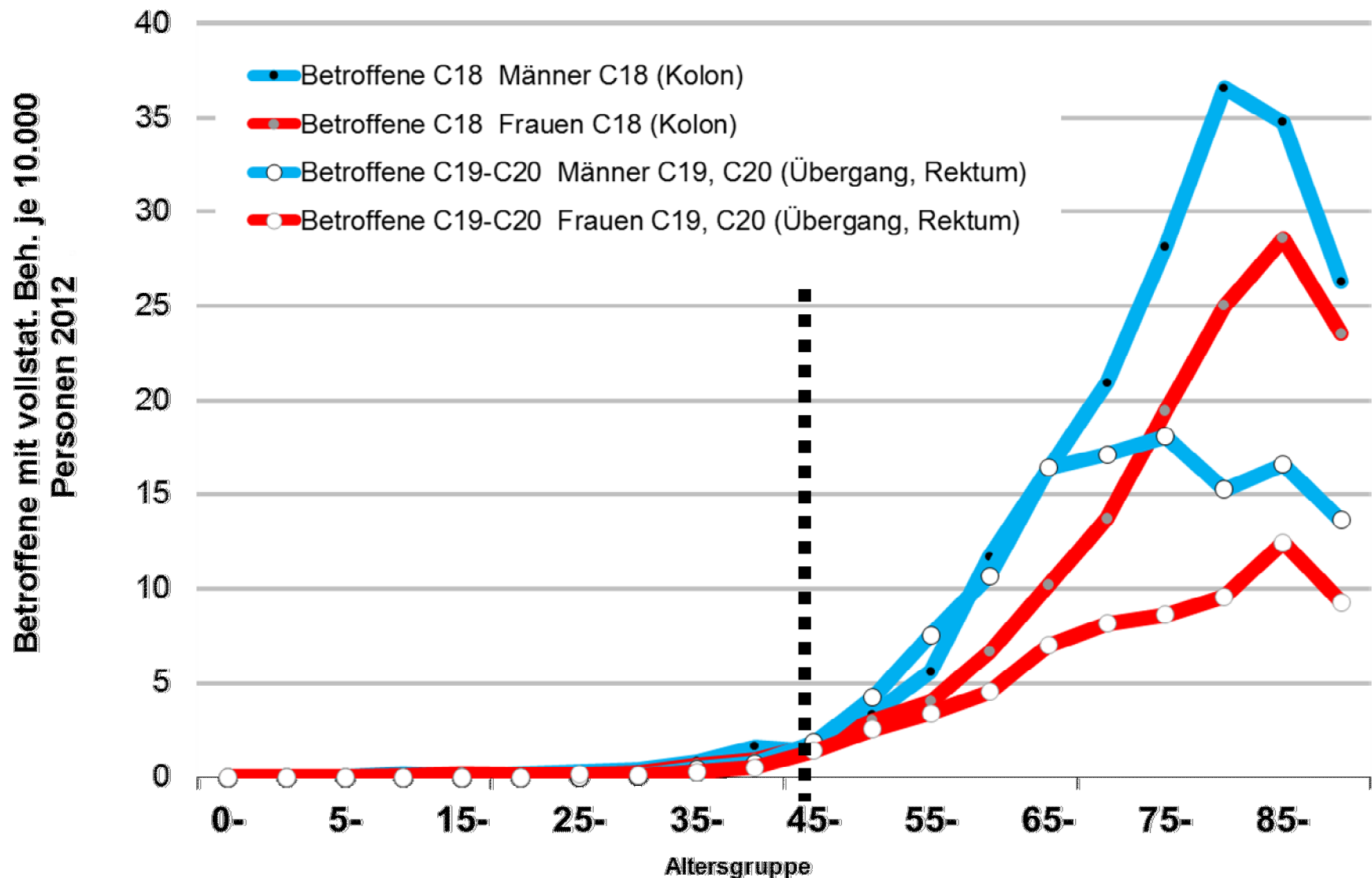
Nicht nur weniger Fälle, sondern auch weniger Betroffene mit KH-Behandlung wegen Darmkrebs



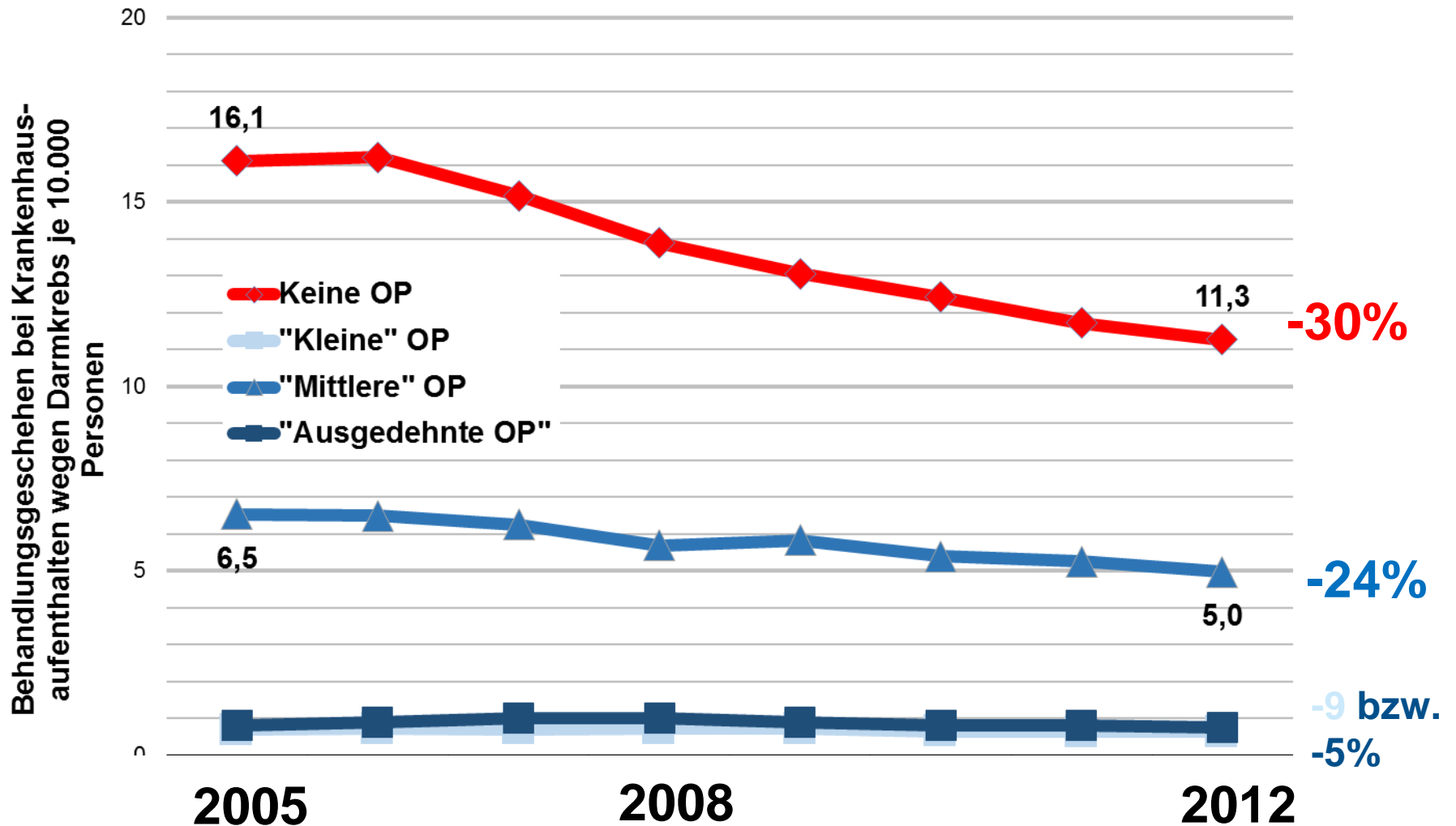
Der Rückgang der Betroffenen ist bei Frauen und Männern zu beobachten.



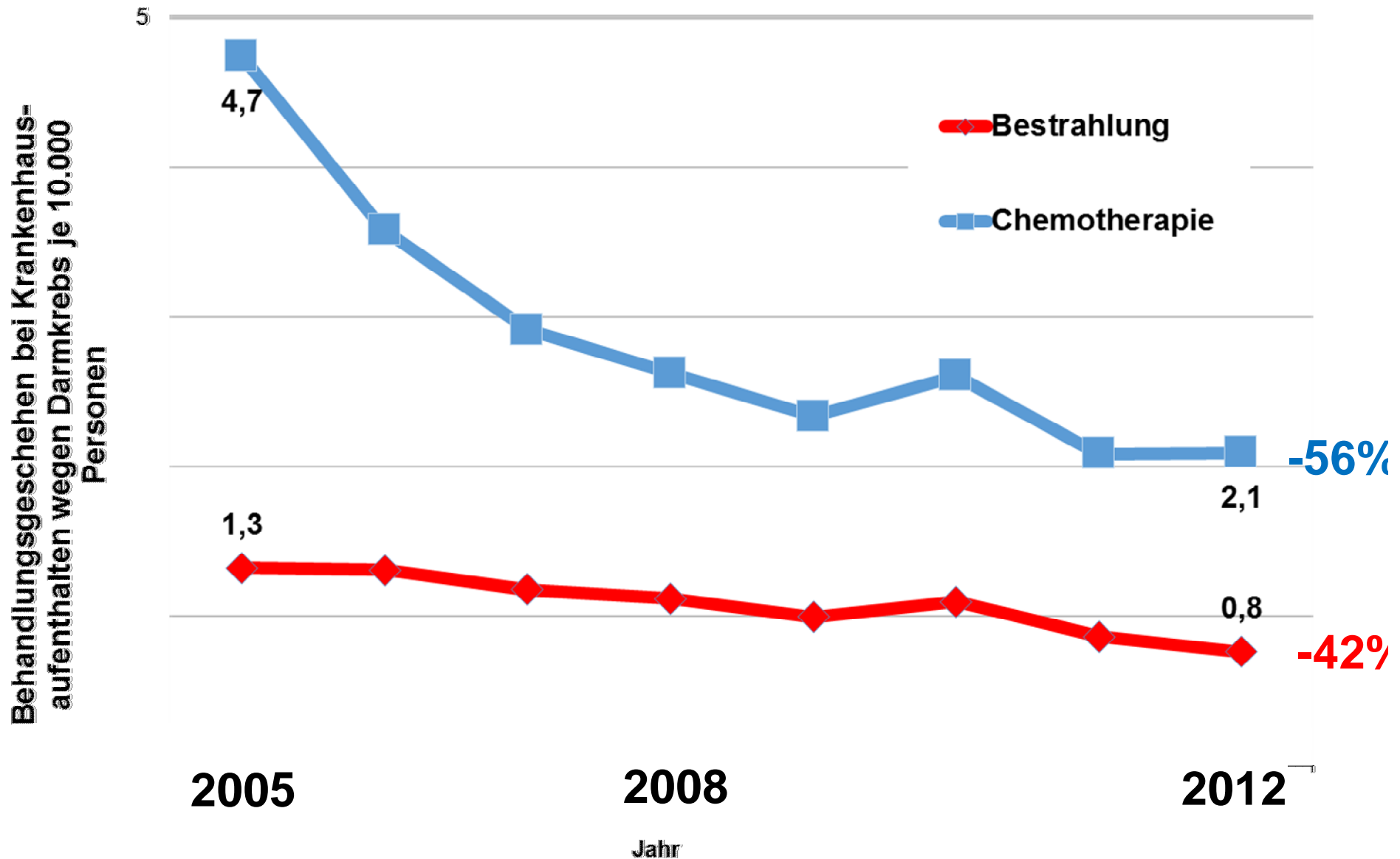
Wie alt sind Betroffene, die im Krankenhaus wegen Darmkrebs behandelt werden?



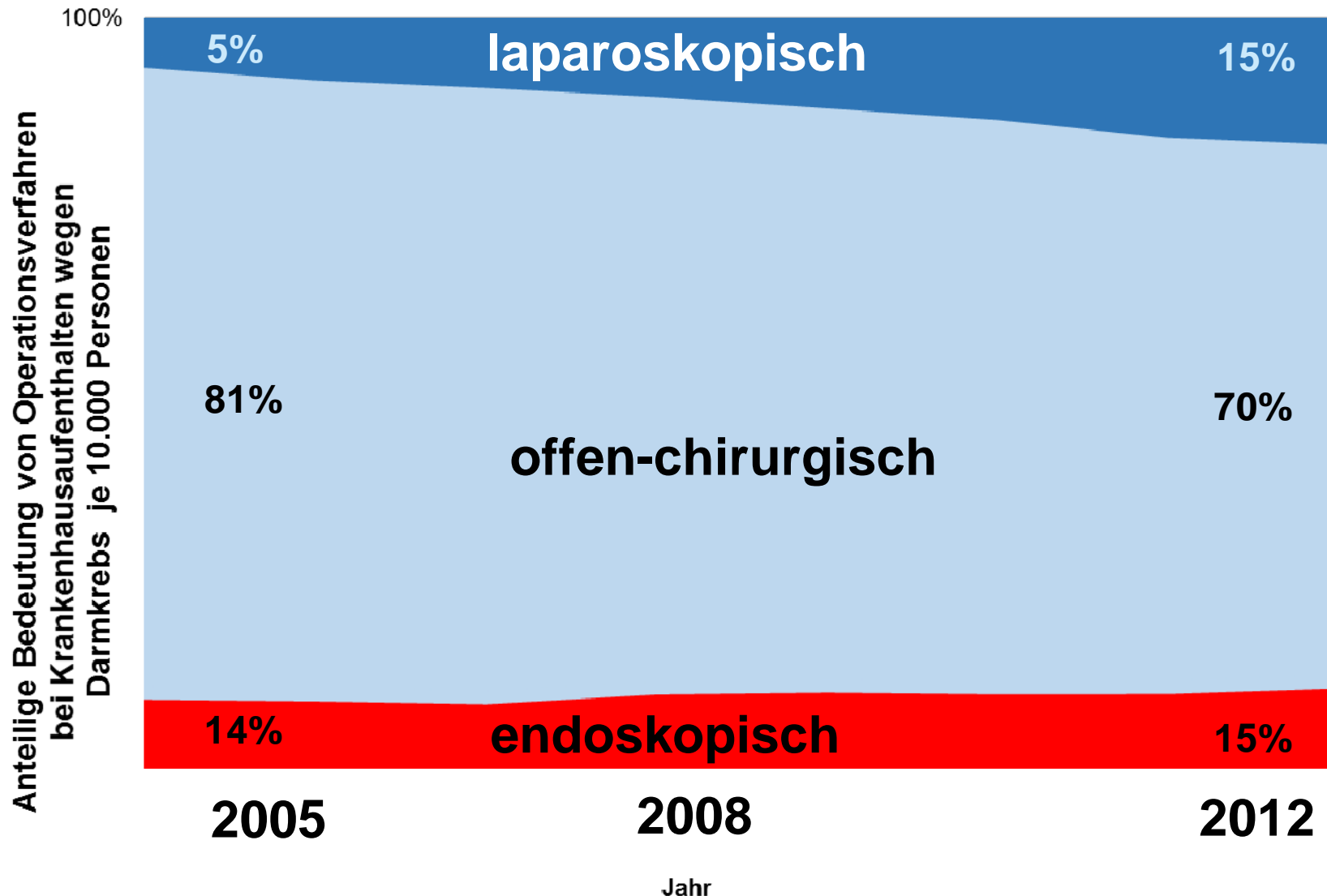
Seit 2005: Bevölkerungsbezogene Veränderungen im Behandlungsspektrum



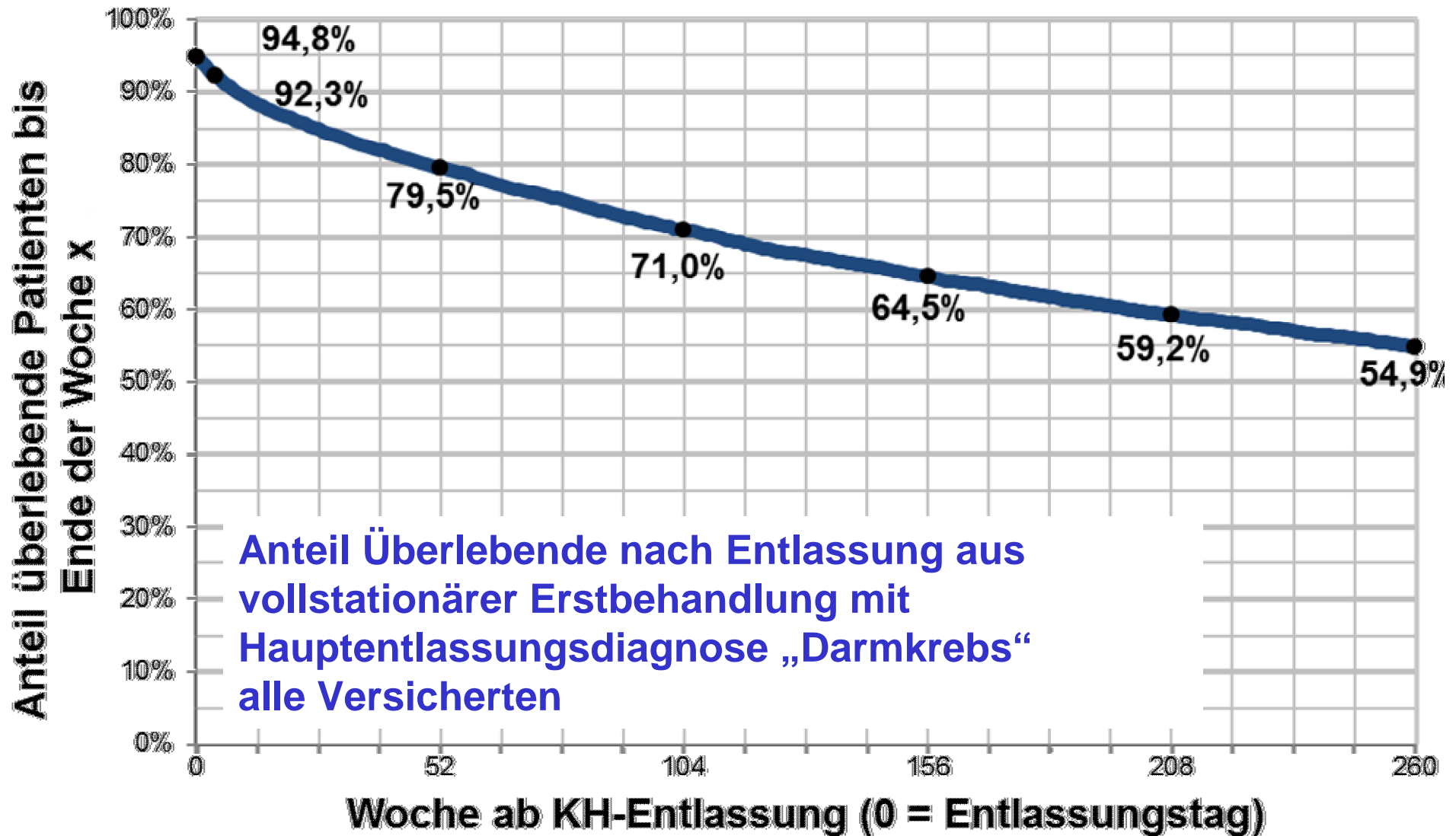
Seit 2005: weniger stationäre Bestrahlung und Chemotherapie



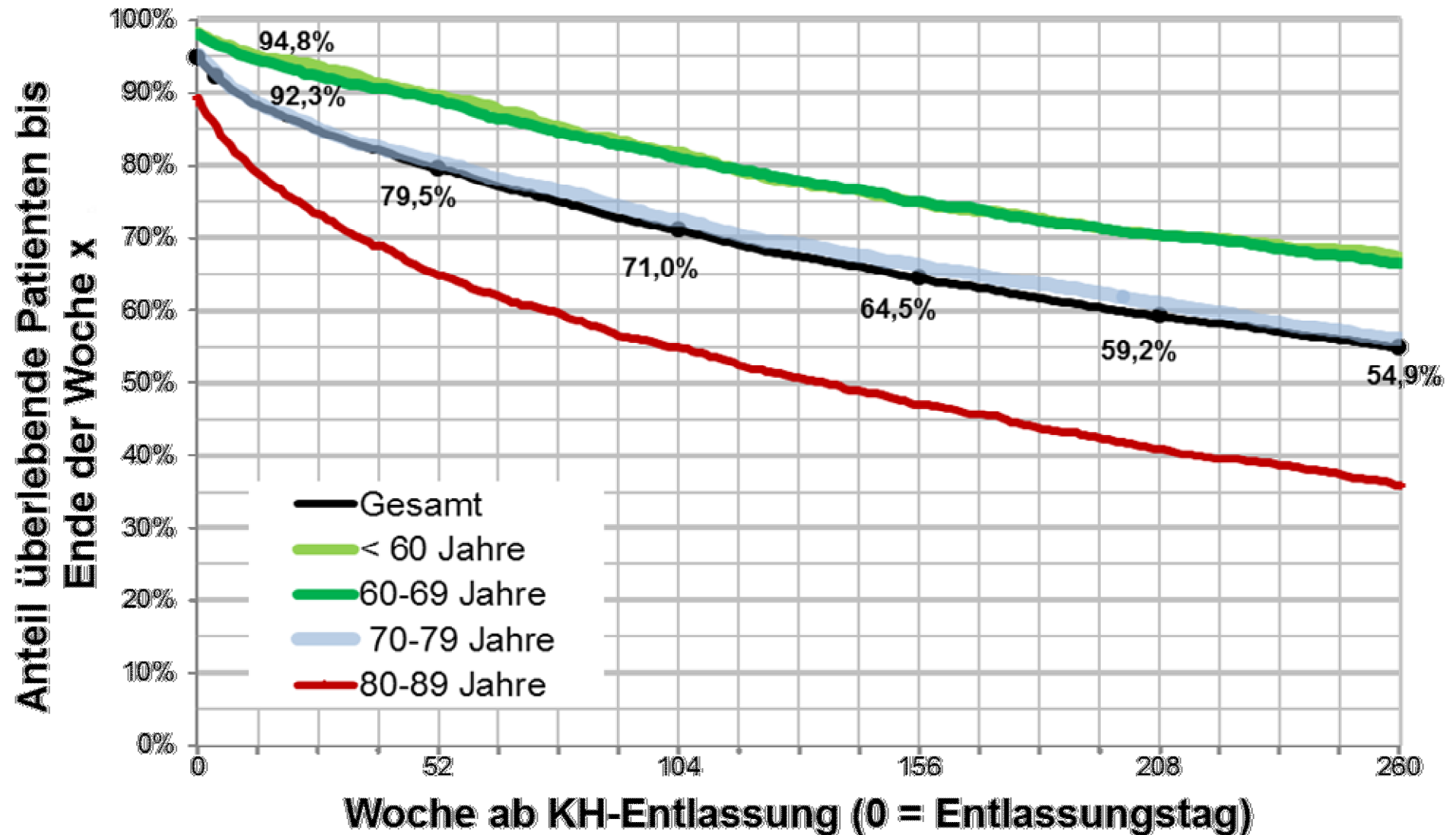
Seit 2005: zudem weniger offen-chirurgisches Vorgehen, mehr laparoskopisches Operieren



Im Krankenhaus behandelter Darmkrebs ist tödlich



Im Krankenhaus behandelter Darmkrebs ist tödlich – auch in jüngeren Jahren



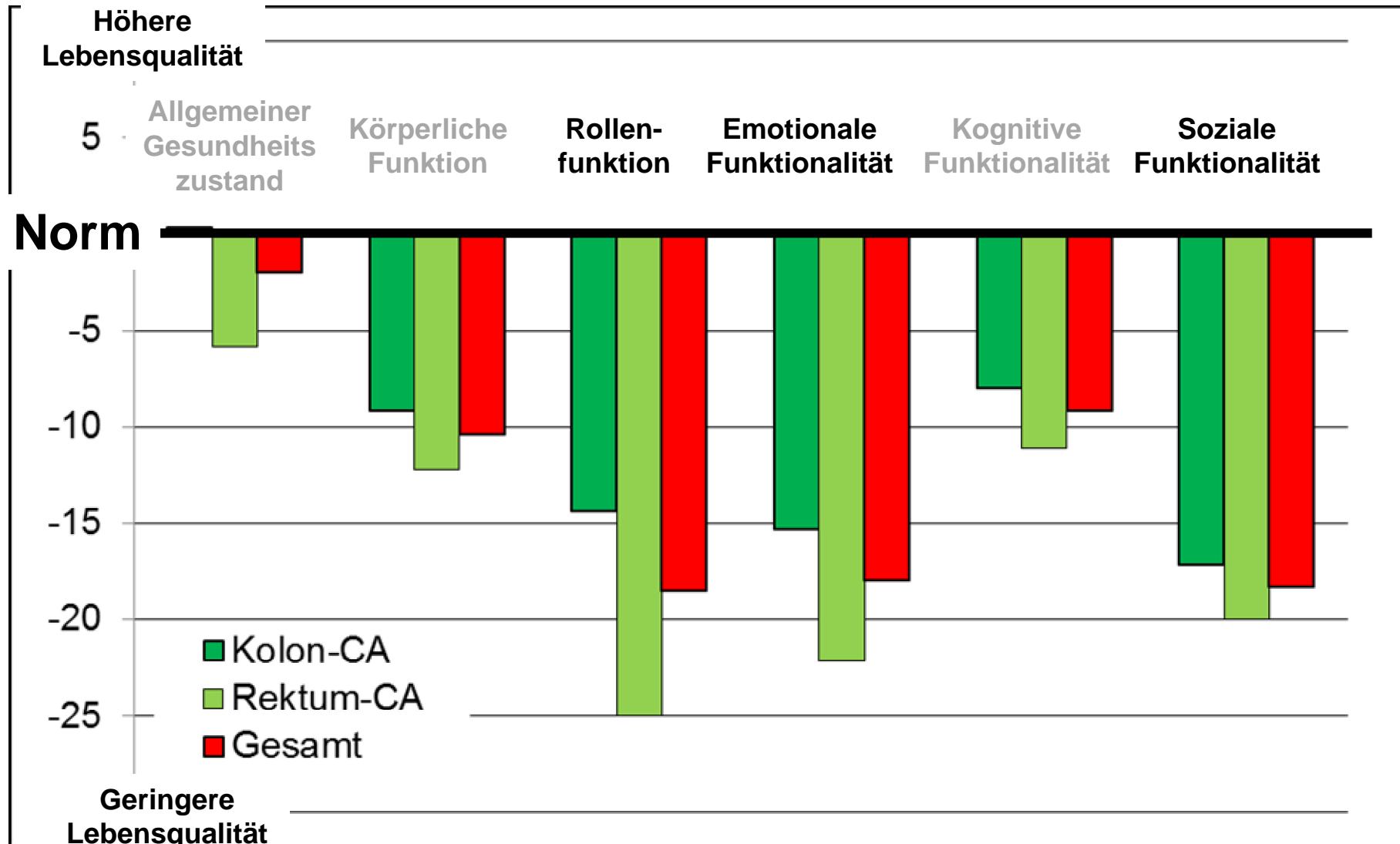
Erfahrungen der Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

- n **Befragung 1.303 Patienten mit erstmalig im Krankenhaus behandeltem Dickdarmkrebs**
- n **ca. 1 Jahr nach Entlassung**
- n **62,6% Rücklauf**
 - u **insgesamt 816 Versicherte aus vollstationärer Behandlung**
 - u **61% Kolonkarzinom, 39% Rektumkarzinom**

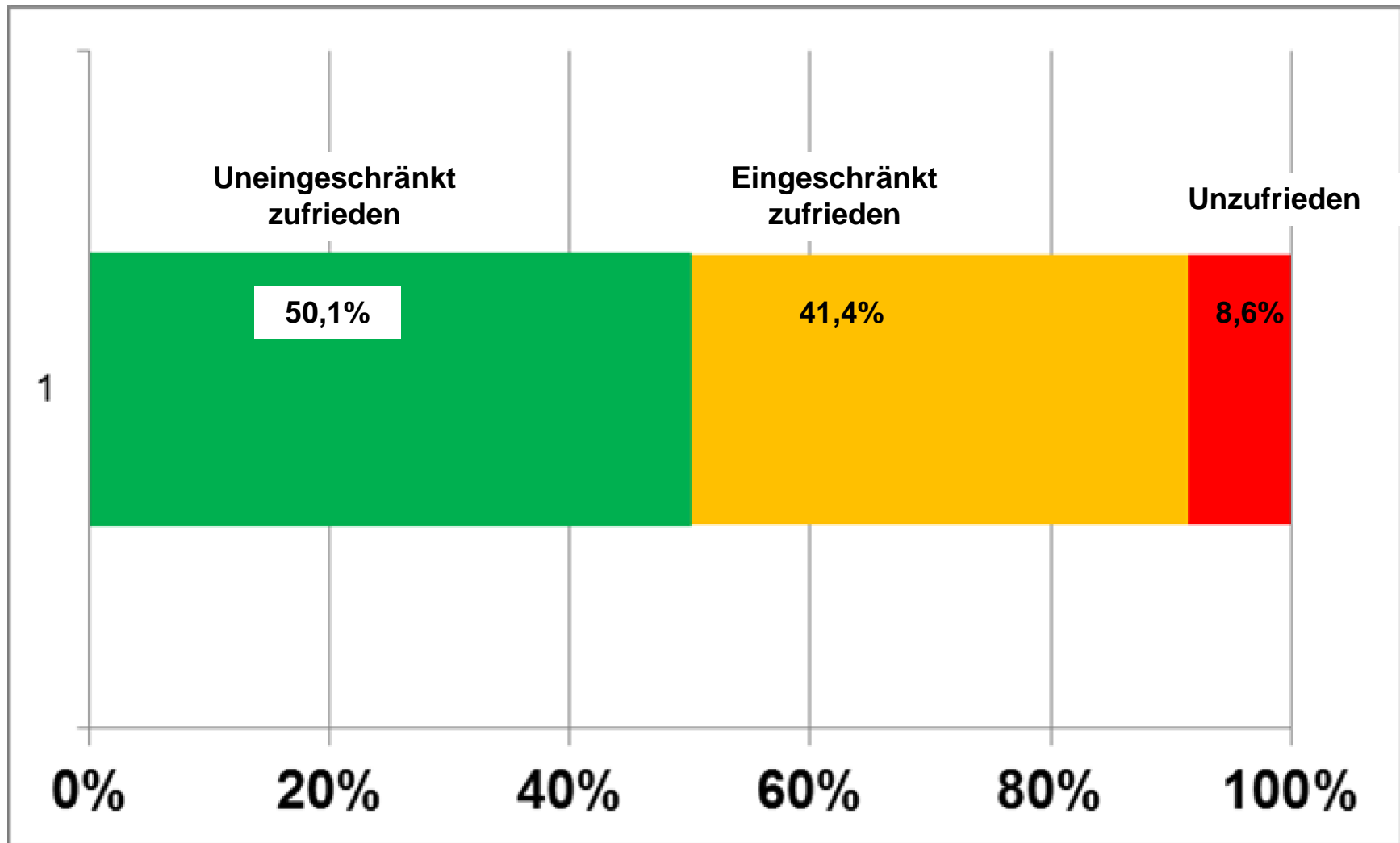
Hohe Komplikationsrate

- n **Ein Drittel (34,8%) der Befragten berichtet über Komplikationen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung.**
- n **Am häufigsten: Wundheilungsstörungen (15%) und Darmverschluss (4,1%)**
- n **Selbstberichtete Komplikationen gehen mit einer längeren Verweildauer und einer höheren Wahrscheinlichkeit, bereits während des Indexaufenthaltes erneut operiert worden zu sein, einher**

Lebensqualität im Vergleich zur Referenz: stark eingeschränkt



Jeder zweite ist mit dem Behandlungsergebnis zufrieden



Fazit „Dickdarmkrebs“

- n **Es müssen weniger Menschen wegen Darmkrebs im Krankenhaus behandelt werden.**
- n **Angesichts der gravierenden psychosozialen Behandlungsfolgen und der unverändert hohen Sterblichkeit von im Krankenhaus behandeltem Darmkrebs ist das eine sehr gute Nachricht.**
- n **Das für die Darmkrebsfrüherkennung ausgegebene Geld ist gut investiert.**

Konsequenzen für die Versorgung von Darmkrebs

- n **Die psychosoziale Versorgung sowie die Koordination und Abstimmung der Behandlung, zusammen mit den Patienten und Patientinnen mit Darmkrebs, ist zu verbessern!**

Fazit – Stationäre Versorgung

- n **Der Anstieg der Behandlungstage im Krankenhaus aufgrund von psychischen Störungen scheint sich zu verlangsamen.**
- n **Depressionen sind weiterhin für die meisten Behandlungstage im Krankenhaus verantwortlich.**
- n **Weiterhin sind konzertierte Maßnahmen der Versorgungssteuerung und –koordination geboten.**

BARMER GEK Report Krankenhaus 2013

- Infografiken

Inhalt:

› Infografik 1

Darmkrebs:
Rückgang der Fallzahlen relativ und absolut

› Infografik 2

Weniger Darmkrebspatienten in den Krankenhäusern

› Infografik 3

Erfolg von Darmkrebs-Operationen altersabhängig

› Infografik 4

Komplikationen nach Darmkrebs-Operationen bei jedem Dritten

› Infografik 5

Patienten würden Darmkrebs-OP weiterempfehlen

› Infografik 6

Fallzahlen unverändert hoch

› Infografik 7

Verweildauer im Sinkflug

› Infografik 8

Psychisch bedingte Krankenhausaufenthalte nehmen weiter zu

› Infografik 9

Deutlicher Zuwachs bei psychischen Störungen

› Infografik 10

Weswegen und wie lange im Krankenhaus?

› Infografik 11

Top 20 der Krankenhaus-Diagnosen

› Infografik 12

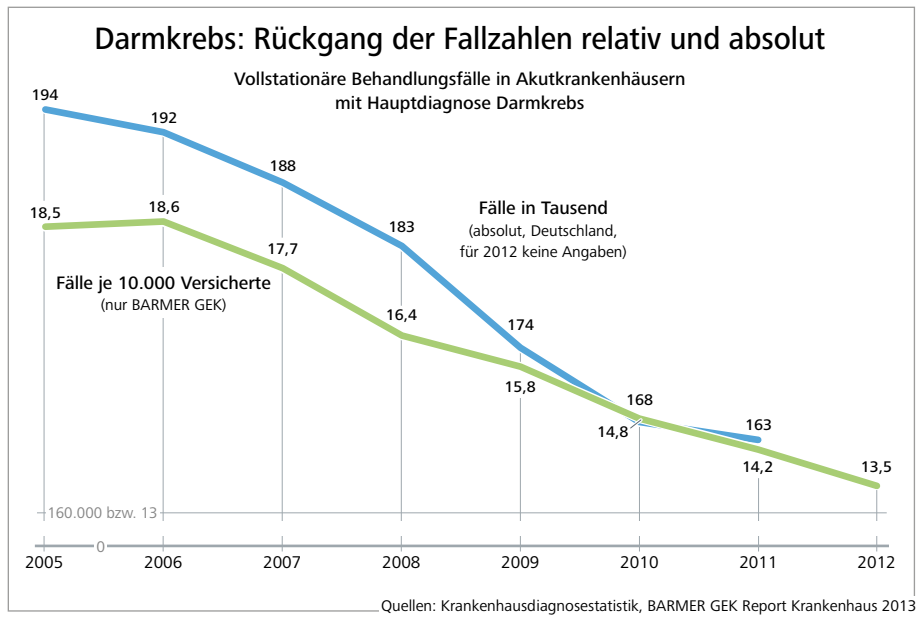
Top 20 der Krankenhaustage

› Infografik 13

Krankenausgaben nach Alter:
Spitzenwert über 3.000 Euro

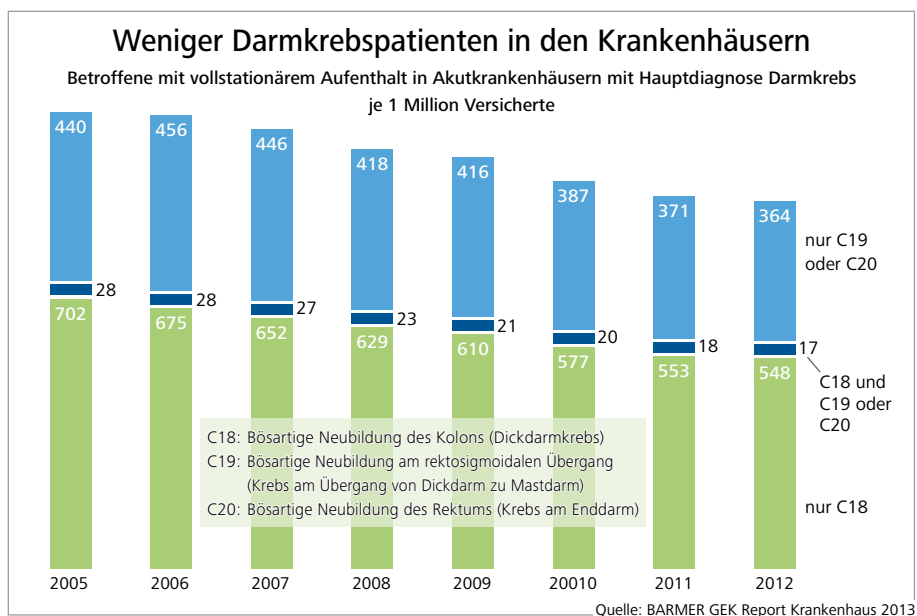
› Infografik 14


Länderunterschiede bei Dauer und Kosten





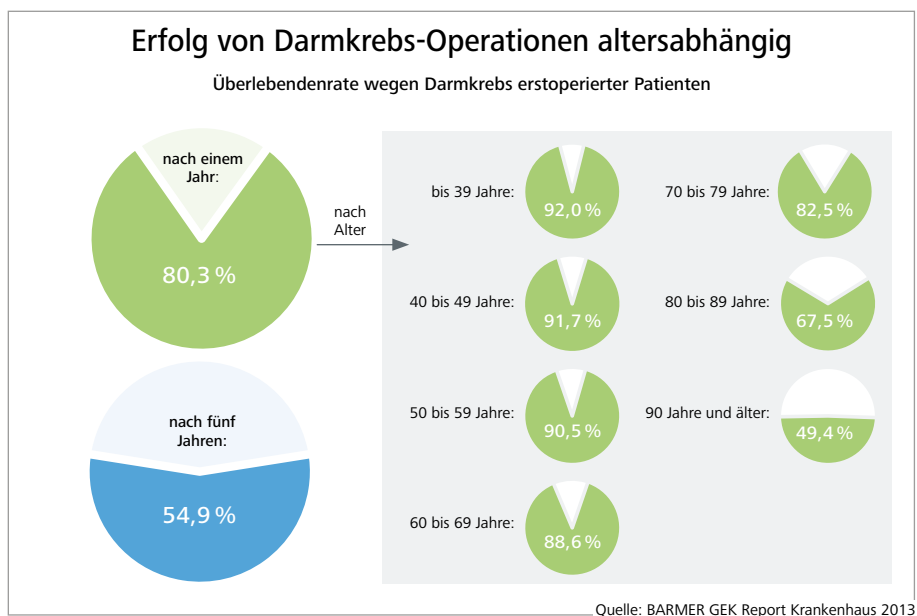
[Zurück zum Inhalt](#)


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-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

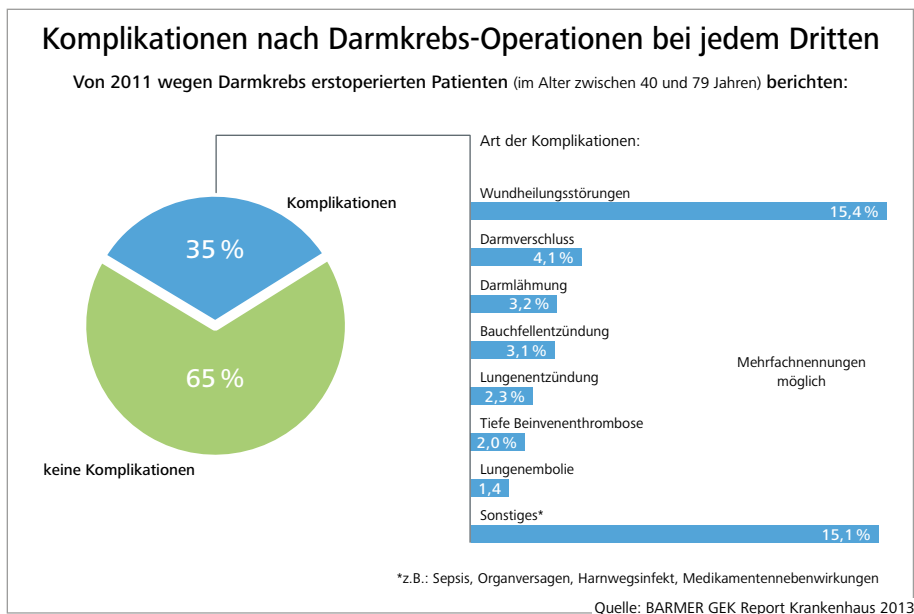



[Zurück zum Inhalt](#) 



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

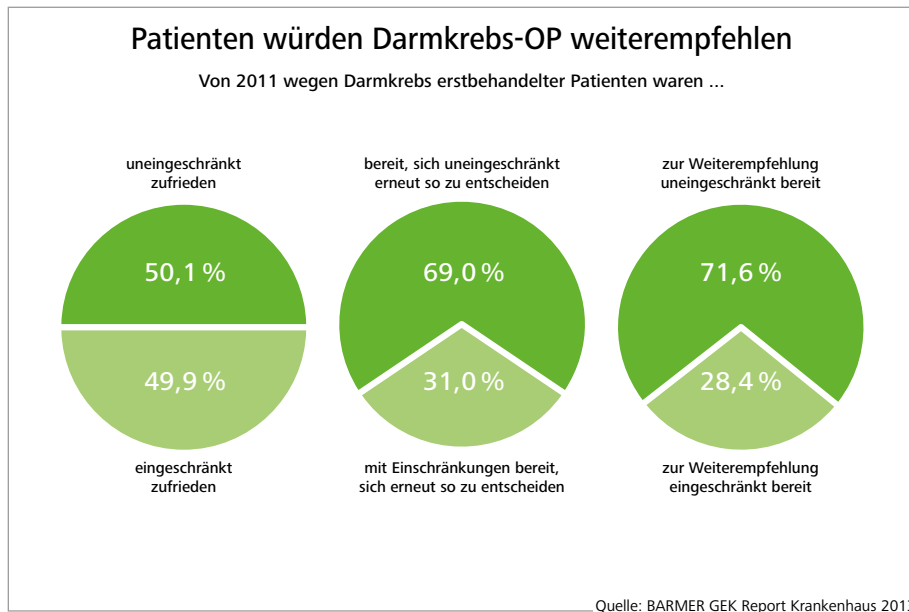



Zurück zum Inhalt 

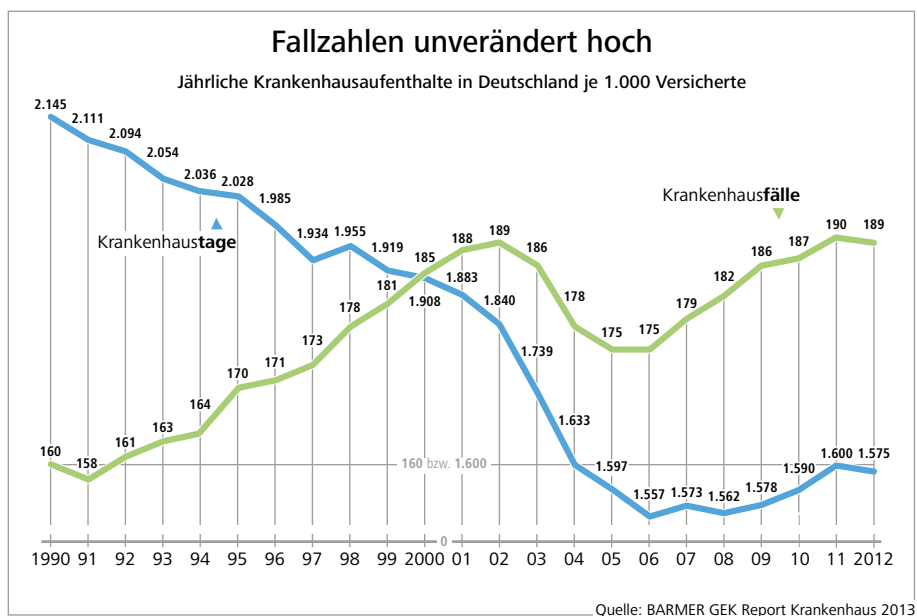


Zurück zum Inhalt 



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-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal. 

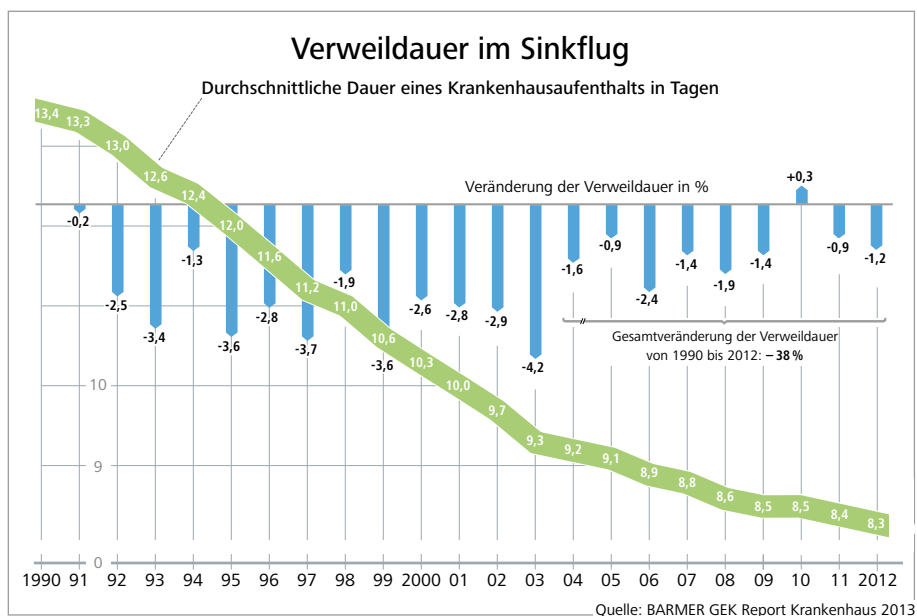


[Zurück zum Inhalt](#) 



[Zurück zum Inhalt](#)

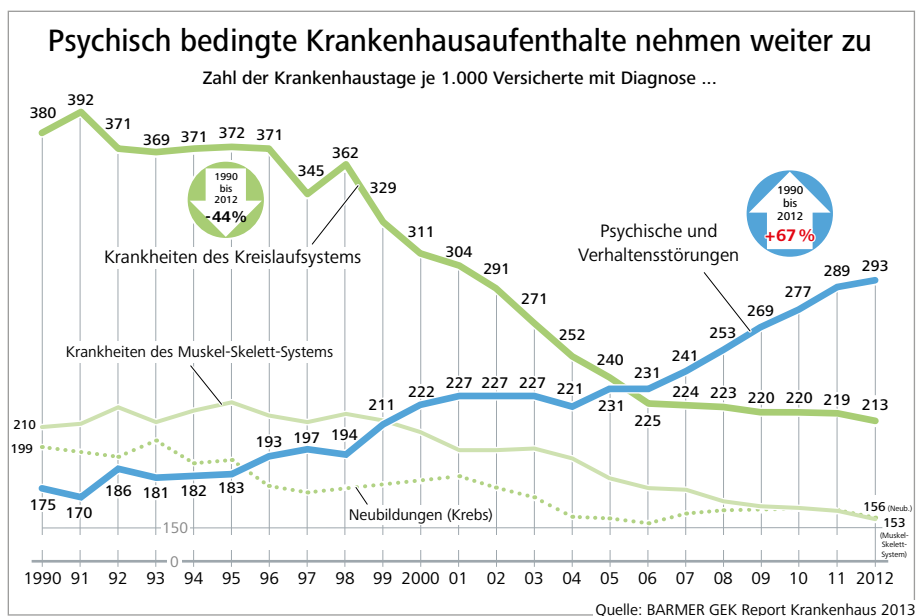
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. 
Auf Wunsch (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer-gek.de ) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung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





Zurück zum Inhalt

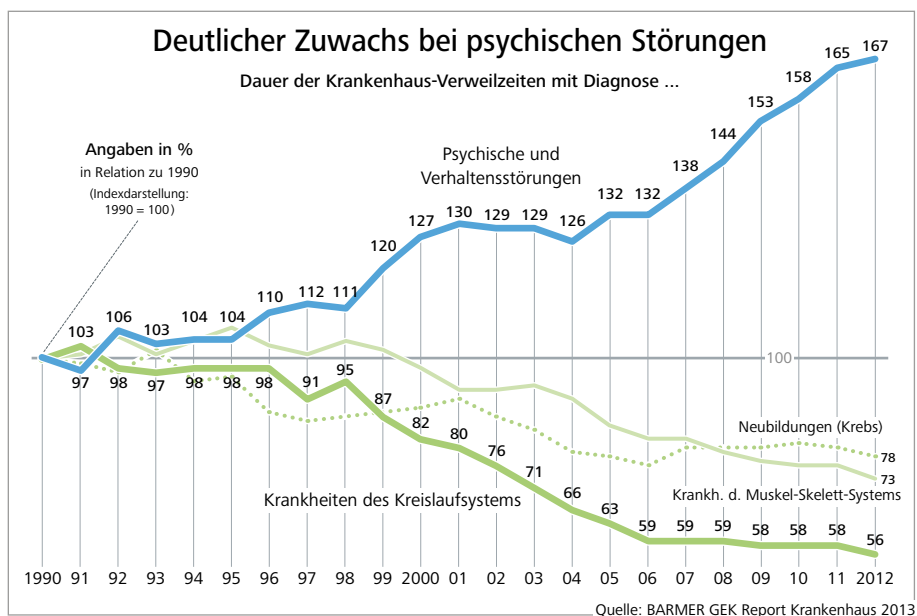
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

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



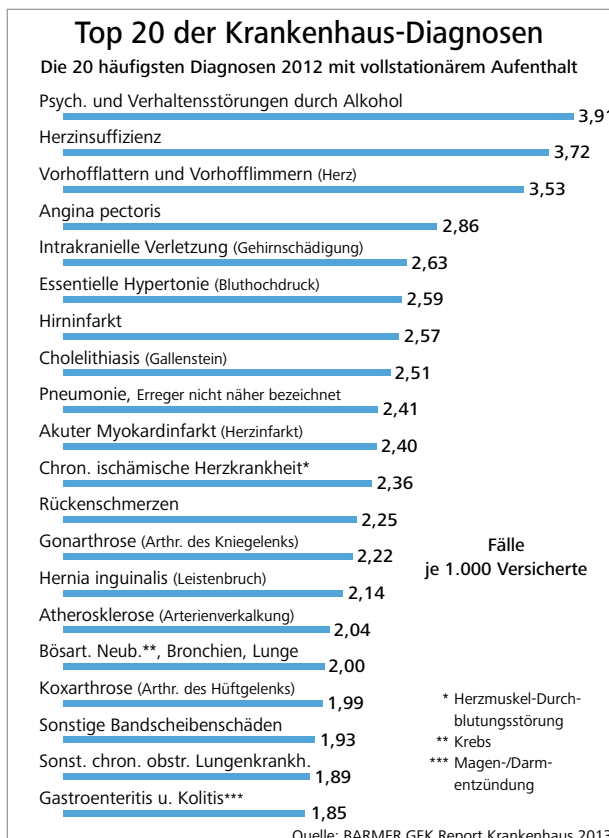
Zurück zum Inhalt


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

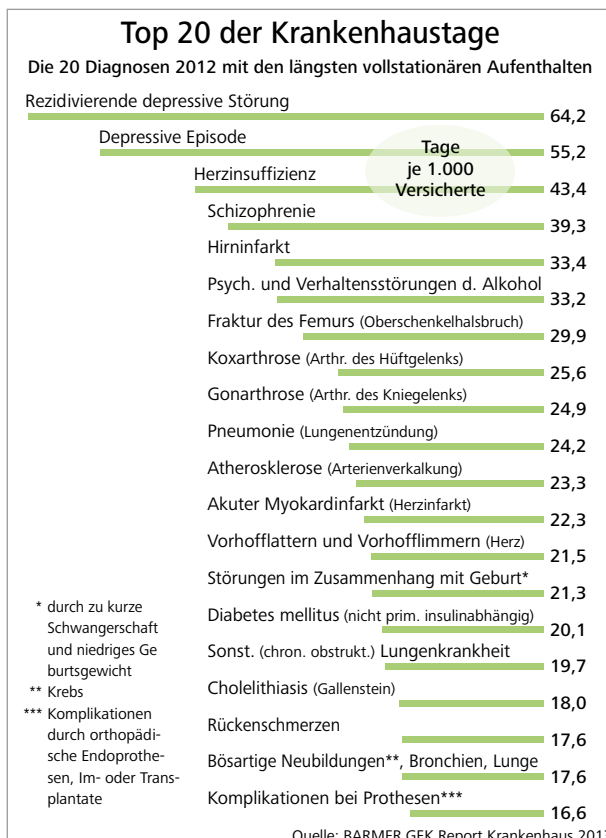


Zurück zum Inhalt

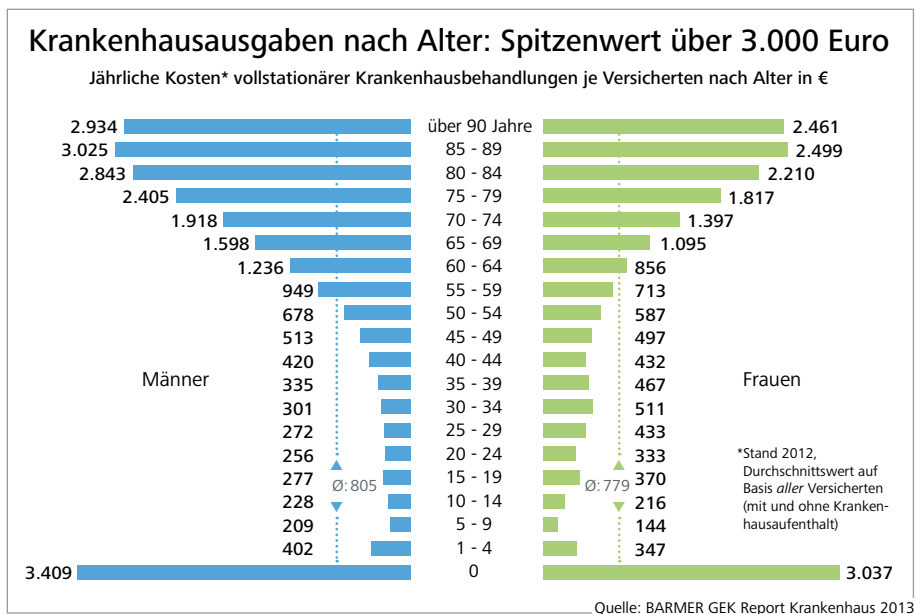



Zurück zum Inhalt 


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-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

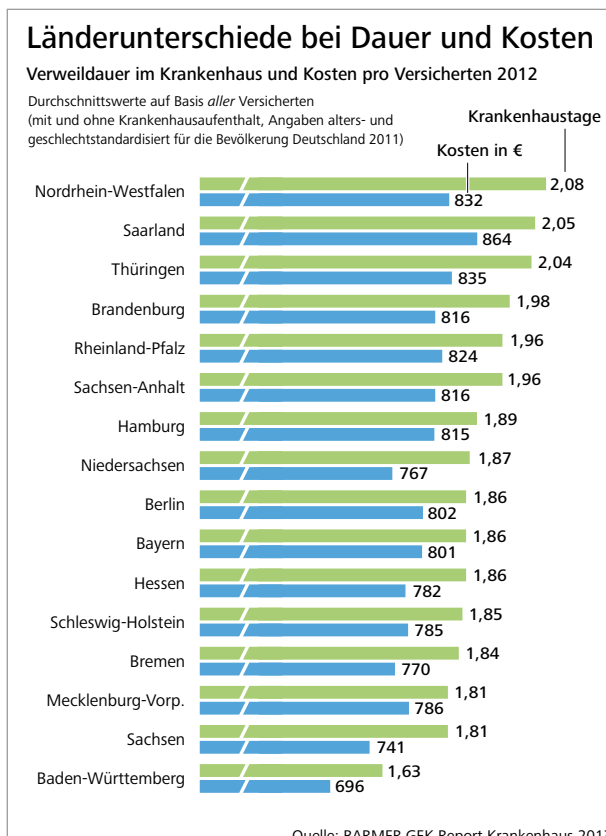



Zurück zum Inhalt





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