

## **BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010**

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 15. September 2010

TeilnehmerInnen:

**Birgit Fischer,**  
Vorsitzende des Vorstandes der BARMER GEK

**Claudia Schulte,**  
Abteilungsleiterin Unternehmensstrategie/Risikomanagement der BARMER GEK

**Dr. Ursula Marschall,**  
Leiterin des Kompetenzzentrums Gesundheit der BARMER GEK

**Athanasios Drougias,**  
Leiter Unternehmenskommunikation (Moderation)

Berlin, 15. September 2010

## **BARMER GEK intensiviert Versorgungsforschung**

Die Deutschen gehen durchschnittlich 18-mal pro Jahr zum Arzt. Mit diesem Befund löste Anfang des Jahres der BARMER GEK Arztreport ein breites Medienecho aus. Jetzt legt die Krankenkasse eine vertiefende Analyse vor: Insgesamt sind auf behandlungsintensive und häufig vorkommende Krankheiten und Ereignisse wie beispielsweise Pflegebedürftigkeit rund zehn Kontakte zurückzuführen. Viele Kontakte entfallen auf Patienten mit Hypertonie, Herzschwäche und Depressionen. Auffällig bleibt der hohe Sockel von fast acht Arztkontakten pro Jahr, die auf Patientenkontakte aus vermeintlich geringen Anlässen entfallen. BARMER GEK Vorstandsvorsitzende Birgit Fischer: „Die Aufschlüsselung zeigt, dass es teilweise gute Gründe für die hohe Arztkontaktrate hierzulande gibt. Sie beweist aber auch, dass wir in einigen ambulanten Bereichen nachsteuern müssen. Wir werden die Versorgungsforschung deshalb weiter intensivieren.“

Die Analyse zeigt auch: Lediglich 1,4 Kontakte entfallen auf Laborleistungen (0,3 Kontakte) und die Ausstellung von Rezepten (1,1 Kontakte). Über die Hälfte aller Arztkontakte fallen bei Hausärzten an. Fischer: „Eine Option sind Hausarztverträge, die eine messbare Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität und der Steuerung der Behandlungsabläufe bringen. Hierzu sind Verträge nach Paragraph 73 b des Fünften Sozialgesetzbuches allerdings nicht geeignet, wie die Vertragsverhandlungen mit den Hausärzterverbänden gezeigt haben. Wir setzen auf dreiseitige Verträge zwischen Kassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Hausärzterverbänden.“

Mehrfachkranke werden im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) nicht angemessen berücksichtigt, so das Ergebnis einer Untersuchung von Claudia Schulte, Abteilungsleiterin Unternehmensstrategie/Risikomanagement der BARMER GEK. Ein Beispiel: Die durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten mit vier Erkrankungen betragen 6.400 Euro, denen allerdings nur Zuweisungen von 5.950 Euro gegenüberstehen. „Die kassenindividuelle Relevanz wird deutlich, wenn man bedenkt, dass die Unterdeckung von 450 Euro allein für rund 215.000 Versicherte der

---

### **Pressestelle**

Lichtscheider Straße 89  
42285 Wuppertal

Tel.: 0202 56 81 99 14 01  
Fax: 0202 56 81 99 14 59  
presse@barmer-gek.de  
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)  
Tel.: 0202 56 81 99 14 21  
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens  
Tel.: 030 25331 44 3020  
kai.behrens@barmer-gek.de

ehemaligen BARMER gilt. Schon für diese Gruppe ergibt sich ein Fehlbetrag von fast 100 Millionen Euro, der nicht dort ankommt, wo der medizinische Bedarf anfällt“, betont Schulte. Diese systembedingte Schieflage gelte es deshalb, im Sinne einer besseren Verteilungsgerechtigkeit zu beseitigen. In einer Simulation auf Basis der BARMER GEK Daten konnte mit einer in den USA bereits etablierten Methode eine bessere Zielgenauigkeit der Zuweisungen erreicht werden. Die Ergebnisse werden dem Bundesversicherungsamt vorgestellt, das Kassen und Verbänden im Rahmen des jährlichen Anhörungsverfahrens die Möglichkeit gibt, Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten.

Die heute in Berlin vorgestellte Publikation, „Gesundheitswesen aktuell 2010“ der BARMER GEK, thematisiert auch die sprunghaft steigende Zahl chirurgischer Eingriffe bei krankhafter Adipositas. Mit 312 bariatrischen Operationen (Magenbypass etc.) in 2009 haben sich die Eingriffe bei Versicherten der ehemaligen BARMER seit 2006 mehr als verdreifacht und Kosten in Höhe von 1,6 Millionen Euro verursacht. "Bei krankhaft oder schwer Adipösen mit Begleiterkrankungen ist eine solche Operation als Ultima Ratio in Betracht zu ziehen, um neben dem Gewicht auch Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus zu reduzieren, so Dr. Ursula Marschall, Leiterin des Kompetenzzentrums Gesundheit der BARMER GEK. Allerdings bleibe die Adipositaschirurgie weiterhin eine Hochrisikochirurgie. „Es gilt, die Betroffenen auszuwählen, die von solch einer Operation auch langfristig profitieren.“ Marschall verweist in diesem Zusammenhang auf die medizinischen Auswahlkriterien in der aktuellen S-3 Leitlinie zur bariatrischen Adipositaschirurgie. Gleichzeitig empfehle sich der Eingriff nur in zertifizierten Spezialkliniken. Marschall: „Da die epidemieartige Ausbreitung der Adipositas anhalten wird, ist mit weiter steigenden Operationszahlen zu rechnen. Studien zur Versorgungsforschung auch mit sektorübergreifenden Daten einer Krankenkasse sind erforderlich, geeignete Versorgungsprozesse zu etablieren, die zuallererst auf die Prävention des morbidem Übergewichts zielen.“

---

#### **Pressestelle**

Lichtscheider Straße 89  
42285 Wuppertal

Tel.: 0202 56 81 99 14 01  
Fax: 0202 56 81 99 14 59  
presse@barmer-gek.de  
www.barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)  
Tel.: 0202 56 81 99 14 21  
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Dr. Kai Behrens  
Tel.: 030 25331 44 3020  
kai.behrens@barmer-gek.de

# Statement

**BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010:**

**Versorgung analysieren und gestalten**

von Birgit Fischer  
Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz  
am 15. September 2010 in Berlin

## **Versorgungsforschung – Daten nutzen, um Versorgung zu optimieren**

Der Wettbewerb unter den Krankenkassen um qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Versorgungsangebote für ihre Versicherten verändert auch deren Rolle: Sie wandeln sich vom reinen Kostenträger zum Gestalter des Gesundheitssystems und der Versorgungslandschaft. Selektive Verträge mit geeigneten Leistungserbringern gewinnen dabei neben den Kollektivverträgen zunehmend an Bedeutung. Für die BARMER GEK zählen Versorgungsforschung und -management deshalb seit vielen Jahren zu den zentralen, strategischen Handlungsfeldern.

Durch die Vereinigung von BARMER und Gmünder ErsatzKasse GEK zu Beginn dieses Jahres verfügen wir über einen der größten flächendeckenden Bestände gesundheitsbezogener Daten. Diese gilt es zu analysieren, zu bewerten und schließlich für die Verbesserung der Versorgung zu nutzen.

Wir verfolgen dabei den Ansatz, mithilfe von externen wissenschaftlichen Partnern sowie durch vertiefende interne Analysen mehr Transparenz über das Versorgungsgeschehen zu gewinnen. Ergebnisse der Auswertungen unserer Daten durch externe Institute sind zum Beispiel die jährlich erscheinenden Reporte über den Arzt-, Arzneimittel- und Krankenhaussektor, die regelmäßig auch große Beachtung in den Medien und der Öffentlichkeit finden. Zum dritten Mal in jährlicher Folge stellen wir Ihnen heute unsere aktuelle Publikation „Gesundheitswesen aktuell 2010“ vor, die auf internen Analysen und Datenauswertungen basiert. Gleichwohl kommen – der Tradition der bisherigen Ausgaben folgend – auch wieder externe Autoren zu Wort.

## **18 Arztkontakte pro Jahr – weitergehende Hintergründe und Analysen**

Aufgegriffen haben wir in „Gesundheitswesen aktuell 2010“ auch das Thema 18 Arztkontakte pro Jahr. Bei der Vorstellung des BARMER GEK Arztreportes im Januar dieses Jahres löste diese Zahl viele Reaktionen aus. Sie ist so anschaulich, weil jeder Versicherte seine individuelle Arztbesuchsstatistik im Kopf hat und damit vergleichen kann. Die jetzt durchgeführte Datenanalyse auf der Basis von knapp 580.000 BARMER GEK Versicherten bestätigt diese Zahl und schlüsselt auf, wie sie zustande kommt.

Nicht überraschend ist, dass sich die Inanspruchnahme von Ärzten unterschiedlich auf Männer und Frauen verteilt. Ebenfalls zu erwarten war, dass die hohe durchschnittliche Zahl von 18 Arztkontakten zum Teil auf sehr behandlungsintensive und häufig vorkommende

Krankheiten und Ereignisse wie Tod oder Pflegebedürftigkeit zurückzuführen ist. Für kranke Versicherte bedeutet eine hohe Kontaktrate zu ihrem Arzt gleichzeitig, dass ihnen ein starkes Gesundheitswesen zur Verfügung steht, in dem dies möglich ist.

So verursachen beispielsweise 20 Prozent aller Versicherten der BARMER GEK etwa 75 Prozent der Gesamtausgaben. Im Bereich der ambulanten Versorgung spiegelt sich dies wider, wenngleich hier die Ausgaben etwas gleichmäßiger verteilt sind, da sich die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte auf den überwiegenden Teil der Bevölkerung erstreckt. Die 20 Prozent der Versicherten mit den höchsten Ausgaben verursachen im Bereich der ambulanten Versorgung 58 Prozent der Gesamtausgaben.

Behandlungsbedingt liegen dialysepflichtige Patienten mit über 201 Arztkontakten an der Spitze der hier erfassten Krankheiten. Sie machen allerdings nur einen relativ geringen Anteil unter allen erkrankten Versicherten aus, wodurch sie den Gesamtdurchschnittswert nur gering beeinflussen. Unter allen 22 herangezogenen, im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten, beeinflussen Patienten, die an Hypertonie (31,9 Arztkontakte pro Jahr), Herzinsuffizienz (48,4 Arztkontakte pro Jahr) oder Depressionen (44 Arztkontakte pro Jahr) leiden, die durchschnittliche Arztkontaktrate am stärksten, da sie in der Bevölkerung am häufigsten vorkommen. So verursachen allein alle an Hypertonie erkrankten 2,01 Arztkontakte. Übrigens: Rechnet man Laborleistungen (0,3 Kontakte) und die Ausstellung von Rezepten (1,1 Kontakte) heraus, verringert sich der Gesamtdurchschnittswert von 18,7 Kontakten lediglich um 1,4 Kontakte.

### **Über sieben Arztkontakte aus vermeintlich geringen Anlässen**

Filtert man jedoch die behandlungsintensiven Krankheiten und Ereignisse bei der Ermittlung der durchschnittlichen Arztkontaktrate heraus, ergibt sich folgendes Bild: Etwa 70 Prozent der verbleibenden Versicherten verursachten keine oder nur geringe Ausgaben unter 100 Euro im Jahr. Dies schließt eine regelmäßige Versorgung mit Arzneimitteln oder einen Krankenhausaufenthalt nahezu aus. Dennoch hatten auch diese Versicherten noch 7,47 Arztkontakte jährlich, also fast zwei Arztbesuche im Quartal. Somit tragen diese Arztbesuche erheblich zur durchschnittlichen Arztkontaktrate bei.

Um die Notwendigkeit dieser Arztbesuche zu bewerten, sind weitergehende Analysen über die Anlässe dieser Arztkontakte erforderlich. Möglicherweise zeigt sich hier Bedarf nach

Veränderungen in der Ablauforganisation und in der Koordination der ambulanten Versorgung, die es zu verbessern gilt.

### **Fazit**

Die Zahl der 18 Arztkontakte pro Jahr wird durch die weitere Aufschlüsselung auf verschiedene Versichertengruppen plausibel und besser nachvollziehbar. Die Analysen zeigen, wie wichtig es ist, mehr Transparenz über das Versorgungsgeschehen zu gewinnen, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern und die vorhandenen finanziellen Mittel zielgerichtet einzusetzen. Dies trägt zu mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Effizienz unseres Gesundheitswesens bei.

Die Ergebnisse der Analysen zeigen auch, dass die Etablierung besonderer Versorgungsprogramme für chronisch Kranke, integrierte Versorgungsverträge für bestimmte Indikationen und ein professionelles Versorgungsmanagement wichtige und richtige Kernelemente der Gesundheitsversorgung sind. Diese gilt es kontinuierlich – mit Hilfe der Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung – auszubauen und zu verbessern.

Die Zahl der Arztkontakte von Patienten, die nur geringe Ausgaben in anderen Leistungsbereichen zur Folge haben, muss kritisch hinterfragt werden. Es gibt Hinweise darauf, dass durch eine bessere Steuerung und Koordination der ambulanten Versorgung der ein oder andere überflüssige Arztkontakt vermieden werden kann. Eine Möglichkeit hierzu ist die gute Idee der Hausarztverträge. Wir stehen nach wie vor hinter dieser Idee, unter anderem um die Koordination von Haus- und Fachärzten zu intensivieren. Hausarztverträge können jedoch nur im gleichberechtigten Zusammenspiel aller Akteure zustande kommen. Dazu ist der Paragraf 73 b des Fünften Sozialgesetzbuches in seiner jetzigen Fassung nicht geeignet. Im Ergebnis müssen entsprechende Verträge eine messbare Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität und der Steuerung ambulanter Behandlungsabläufe mit sich bringen.

# Statement

**BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010:**

**Wissenschaftliche Datenanalysen der BARMER GEK**

von Claudia Schulte

Abteilungsleiterin Unternehmensstrategie/Risikomanagement der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz  
am 15. September 2010 in Berlin



## **Versorgungsgerechtigkeit erhöhen**

Die BARMER GEK ist mit 8,6 Mio. Versicherten die größte deutsche Krankenkasse. Daher steht ihr ein riesiger Fundus an bundesweiten Gesundheitsdaten zur Verfügung. Diese Daten liegen zudem von mehreren Jahren vor. Die BARMER GEK hat daher hervorragende Möglichkeiten, die Versorgungssituation, die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu analysieren. Dadurch, dass bundesweite Informationen zur Verfügung stehen, können auch Versorgungsstrukturen und Gesundheitszustände verschiedener Regionen verglichen werden. Zielsetzungen von datengestützten, wissenschaftlichen Untersuchungen sind für die BARMER GEK die Verbesserung der Versorgung für den einzelnen Patienten, mehr Gerechtigkeit im System und das Aufzeigen struktureller Besonderheiten. Ein Vorschlag der BARMER GEK zur Erhöhung der Gerechtigkeit im System wird im Folgenden vorgestellt.

Auch unsere Analysen im Themenfeld des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs verfolgen das Ziel, fundierte und wissenschaftlich belegte Vorschläge für eine gerechtere Ausgestaltung des Systems zu entwickeln. In dem Beitrag "Die Abbildung von Multimorbidität im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich" wurde untersucht, ob ein in den USA bereits etabliertes Verfahren auch geeignet ist, um im bestehenden deutschen RSA die Multimorbidität besser abzubilden.

Seit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (mRSA) im Jahr 2009 hängt ein Teil der Zuweisungen, die eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds bekommt, auch von den Erkrankungen der Versicherten ab. Durch diese Änderung decken die Zuweisungen, die eine Krankenkasse insbesondere für die Versorgung von kostenintensiven Versicherten erhält, deren Ausgaben deutlich besser. Dennoch gibt es weiterhin Verbesserungspotenzial, weshalb das im mRSA verwendete Klassifikationsverfahren als lernendes System angelegt ist. Für die Krankenkassen ist ein gerechtes Verfahren von immenser Bedeutung für die eigene Wettbewerbsfähigkeit. Zu geringe Zuweisungen, die durch systematische Fehlschätzungen entstehen, können im Extremfall sogar eine Insolvenz zur Folge haben, zu hohe Zuweisungen hingegen beinhalten die Gefahr eines reduzierten Interesses an wirtschaftlichem Handeln.

## **Risikostrukturausgleich nachschärfen**

Bei der Analyse der Zielgenauigkeit stellte die BARMER GEK fest, dass insbesondere für multimorbide Versicherte, die gleichzeitig an mehreren Erkrankungen leiden, die Zu-

weisungen hinter den Ausgaben zurückbleiben. D.h., dass Krankenkassen für Versicherte, die an mehreren Erkrankungen leiden, im Durchschnitt zu geringe Zuweisungen erhalten. Beispielsweise betragen die durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten mit vier Erkrankungen 6.400 €, die Zuweisungen aber nur 5.950 €. Dabei wird die kassenindividuelle Relevanz deutlich, wenn man bedenkt, dass die Unterdeckung von 450 Euro allein für rund 215.000 Versicherte der ehemaligen BARMER gilt. Schon für diese Gruppe ergibt sich ein Fehlbetrag von beinahe 100 Millionen Euro, der nicht dort ankommt, wo der medizinische Bedarf anfällt. Kurzum: Die Mehrfacherkrankten werden im morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich nicht angemessen berücksichtigt. Diese systembedingte Schieflage gilt es im Sinne einer besseren Verteilungsgerechtigkeit zu beseitigen. Wie die Sichtung der internationalen Fachliteratur ergab, zeigt sich dieser Effekt auch in den USA. Aus den USA stammt auch der Lösungsansatz, der auf den deutschen RSA übertragbar ist, und dessen Wirkungsweise hier an einem Beispiel demonstriert werden soll.

Im aktuellen Verfahren erhält eine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung eines gesunden 64-jährigen Mannes ca. 1.400 €. Leidet der Mann unter einer Herzinsuffizienz erhöht sich der Betrag um ca. 1.300 € auf 2.700 €, leidet er unter einer chronischen, obstruktiven Bronchitis um 1.000 € auf 2.400 €. Ist er an beidem erkrankt, addieren sich die Krankheitszuschläge, so dass die gesamte Zuweisung 3.700 € beträgt.

Das Verfahren erlaubt also die gleichzeitige Berücksichtigung mehrerer Erkrankungen, berücksichtigt aber nicht, dass diese Erkrankungen sich gegenseitig beeinflussen. Im obigen Beispiel ist aber aus medizinischer Sicht davon auszugehen, dass Versicherte, die an beiden Erkrankungen leiden, in der Regel an schwereren Formen leiden als Versicherte, die nur eine der beiden Diagnosen aufweisen. In der Folge verursachen die Versicherten auch deutlich höhere Kosten, die durch das bloße Addieren der Zuschläge nicht gedeckt werden können.

In diesem Fall kann die Zuweisungsgerechtigkeit verbessert werden, indem dem System ein weiterer Zuschlag hinzugefügt wird, der Behandlungerschwernisse durch das gleichzeitige Auftreten beider Krankheiten besonders berücksichtigt. Wendet man die in den USA bereits bewährte Methode auf den deutschen mRSA an, zeigt sich in einer Simulation auf Basis der Daten der BARMER GEK, dass die Zuweisungen um ca. 250 € erhöht werden müssten.

Bei der vorgestellten Methode handelt es sich nur um eine exemplarische Möglichkeit, den mRSA noch zielgerichteter auszugestalten. Wir als BARMER GEK begrüßen es, dass das Bundesversicherungsamt den Kassen und Verbänden im Rahmen des jährlichen Anhörungsverfahrens die Möglichkeit gibt, Verbesserungs- und Weiterentwicklungsvorschläge zu unterbreiten. Wir werden uns auch weiterhin konstruktiv an der Weiterentwicklung beteiligen. Darüber hinaus möchten wir das Bundesversicherungsamt anregen, auch das in dem Artikel dargelegte Verfahren einer Prüfung auf GKV-Daten zu unterziehen, damit auch und gerade für die Versorgung multimorbider Versicherter ausreichende Mittel zur Verfügung stehen.

### **Behandlungswahrscheinlichkeiten prognostizieren**

Als weiteres Beispiel für die innovative Nutzung des Datenschatzes einer Krankenkasse möchte ich auf den Artikel „Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten“ von Thilo Kosack und Andreas Wolik hinweisen. In diesem Artikel wird aufgezeigt, wie man mit neuesten statistischen Methoden aus den Daten der Vergangenheit Gesetzmäßigkeiten ableiten kann, die genutzt werden können, um die Versorgung zukünftig zu verbessern. In dem Artikel geht es konkret darum zu erkennen, welche Versicherten in Zukunft besonders Gefahr laufen, in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden.

Beispielhaft wird in dem Artikel eine Analyse mit dem Fokus auf die an Diabetes mellitus Erkrankten durchgeführt, die jedoch auf alle Krankheiten übertragbar ist. Während von allen Versicherten ca. 12 % im Laufe eines Jahres einmal oder mehrmals in ein Krankenhaus eingewiesen werden, sind es von den Diabetes-Kranken 19 %. Mit Hilfe der in dem Artikel vorgestellten Methode lässt sich eine kleinere Gruppe von Diabetes-Kranken ermitteln, deren Hospitalisierungswahrscheinlichkeit 40 % beträgt. Die Identifikationsgüte von besonders gefährdeten Versicherten konnte somit mehr als verdoppelt werden. Die Vorhersage soll dabei so früh erfolgen, dass noch hinreichend Zeit bleibt, die Versorgung so zu optimieren, dass der Krankenhausaufenthalt möglichst vermieden wird. Analysen dieser Art sind unerlässlich, um moderne, passgenaue Versorgungsprogramme zu entwickeln.

# Statement

**BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010:**

**Adipositaschirurgie – notwendige Therapie oder Lifestyle?**

**Spannungsfeld zwischen Medizin und Krankenkassen**

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

anlässlich der Pressekonferenz  
am 15. September 2010 in Berlin

Adipositas ist eine chronische Krankheit, die nicht nur mit verminderter Lebensqualität, sondern vor allem bei krankhafter und extremer Adipositas auch mit einer erhöhten Sterblichkeit einhergeht.

Aufgrund ihrer inzwischen weltweiten epidemischen Verbreitung zählt die Prävention und Behandlung von Adipositas zu den zentralen Herausforderungen nicht nur im deutschen Gesundheitssystem. Deutschland liegt europaweit bei der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Vordergrund. Daten belegen, dass jeder 5. Bundesbürger im Alter zwischen 18 und 79 Jahren adipös (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) ist, und etwa jeder dritte Deutsche aus medizinischen Gründen sein Übergewicht reduzieren sollte.

### **OP-Verdreifachung seit 2006**

Auch die gesundheitsökonomischen Auswirkungen der Adipositas sind erheblich. In Deutschland werden die direkten Kosten mit ca. 15 Mrd. € beziffert, die in den nächsten 10 Jahren auf 22,4 Mrd. € ansteigen könnten.

Der Blick auf die aktuelle Versorgungssituation mit Hilfe von sektorübergreifenden Kassendaten zeigt:

- Von Ärzten wurde bei 760.000 Versicherten in den Jahren 2007 und 2008 ein mehr oder weniger ausgeprägtes Übergewicht diagnostiziert, dies entspricht einem Anteil von 11 %.
- Bei 80 % bestanden zusätzlich degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, 60 % litten an Bluthochdruck. Weitere Begleiterkrankungen waren Venenerkrankungen wie z.B. Thrombosen, Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit und auch Krebserkrankungen, die gehäuft mit krankhafter Adipositas auftreten. Es ist bekannt, dass die Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas signifikant die Lebenserwartung verkürzen.
- In den letzten Jahren steigt die Zahl der operativen Eingriffe bei Adipositas stetig an. Seit 2006 haben sich diese bei der BARMER mehr als verdreifacht. Für 312 Versicherte entstanden im Jahr 2009 allein Operationskosten von 1,6 Mill. Euro.
- Chirurgische Therapieverfahren sind effektive Therapieverfahren für Menschen mit krankhafter Adipositas (Grad III; BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) oder schwerer Adipositas mit Begleiterkrankungen (BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>). Komorbiditäten wie Diabetes mellitus werden deutlich reduziert. Die Datenanalysen zeigen, dass die antidiabetische Medikation (Insulin und

orale Antidiabetika) nach einem adipositaschirurgischen Eingriff deutlich verringert wird, was aus medizinischer Sicht durch den erheblichen Gewichtsverlust erklärbar ist.

- Kosteneffizienz der Adipositaschirurgie kann nicht als gesichert belegt werden. Die Gesamtkosten für Patienten mit bariatrischen Operationen sind auch nach der Operation höher als nicht operierte Patienten. Weitere Studien auch mit Kassendaten sind unbedingt erforderlich.

Die Adipositaschirurgie ist trotz Weiterentwicklung der angewendeten OP-Verfahren immer noch eine Hochrisikochirurgie. Adipöse haben ein höheres allgemeines Operationsrisiko, das auch ein erhöhtes Narkoserisiko einschließt.

### **Leitliniengerechte Indikation**

Es gilt die Betroffenen auszuwählen, die von solch einer Operation auch langfristig profitieren. Entsprechende Einschlusskriterien sind in der S3-Leitlinie zur bariatrischen Adipositaschirurgie aus dem Jahr 2010 formuliert worden. Neben einer interdisziplinären Indikationsstellung in spezialisierten Kliniken (Zertifizierung dieses Schwerpunktes ist wichtiger Schritt zur Qualitätsverbesserung) gehört dazu auch die Sicherstellung der lebenslangen Nachbetreuung.

Der neue bundesweit gültige Begutachtungsleitfaden für den MDK bildet die medizinische Basis für Entscheidungen zu Kostenübernahmeanträgen bei einer Krankenkasse. Dabei müssen auch die leistungsrechtlichen und juristischen Rahmenbedingungen beachtet werden.

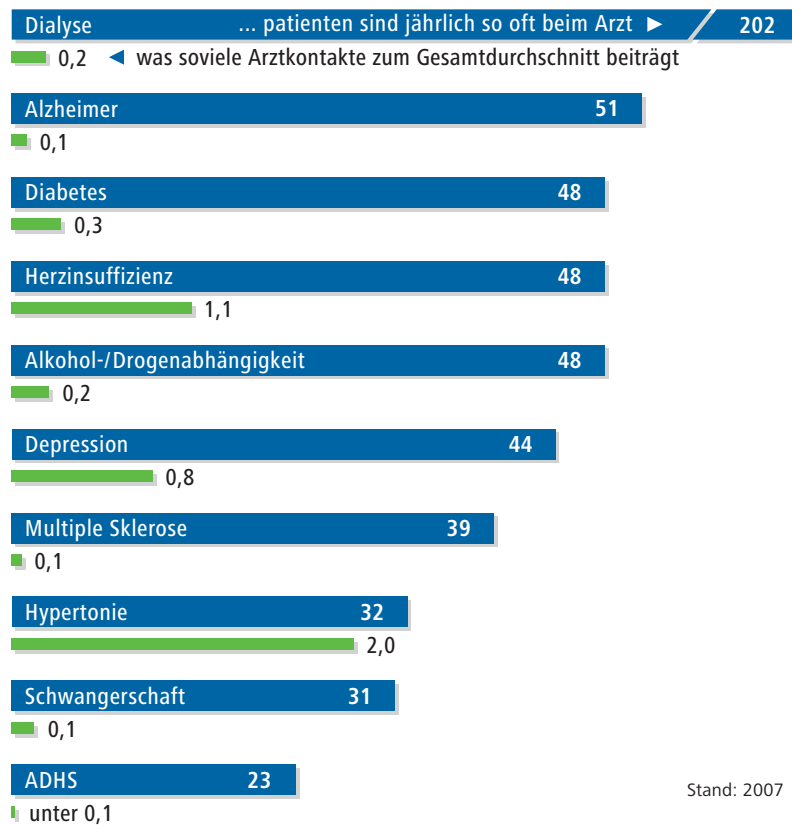
Da die epidemieartige Ausbreitung der Adipositas auch in den nächsten Jahren weiter anhalten wird, ist mit weiter steigenden Operationszahlen zu rechnen, die erhebliche Ausgaben mit sich bringen werden. Studien zur Versorgungsforschung auch mit sektorübergreifenden Daten einer Krankenkasse sind erforderlich, um die Kostenentwicklung bei Patienten mit und ohne Operation abschätzen zu können und so geeignete Versorgungsprozesse zu etablieren.

Versorgungskonzepte dürfen sich nicht nur auf bariatrische Operationen beschränken, sondern müssen zuallererst auf die Prävention des morbidem Übergewichts zielen.

Dies ist nicht nur die Aufgabe einer einzelnen Krankenkasse, sondern erfordert auch Anstrengungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen.

## Einfluss der Diagnose auf die Anzahl der Arztkontakte

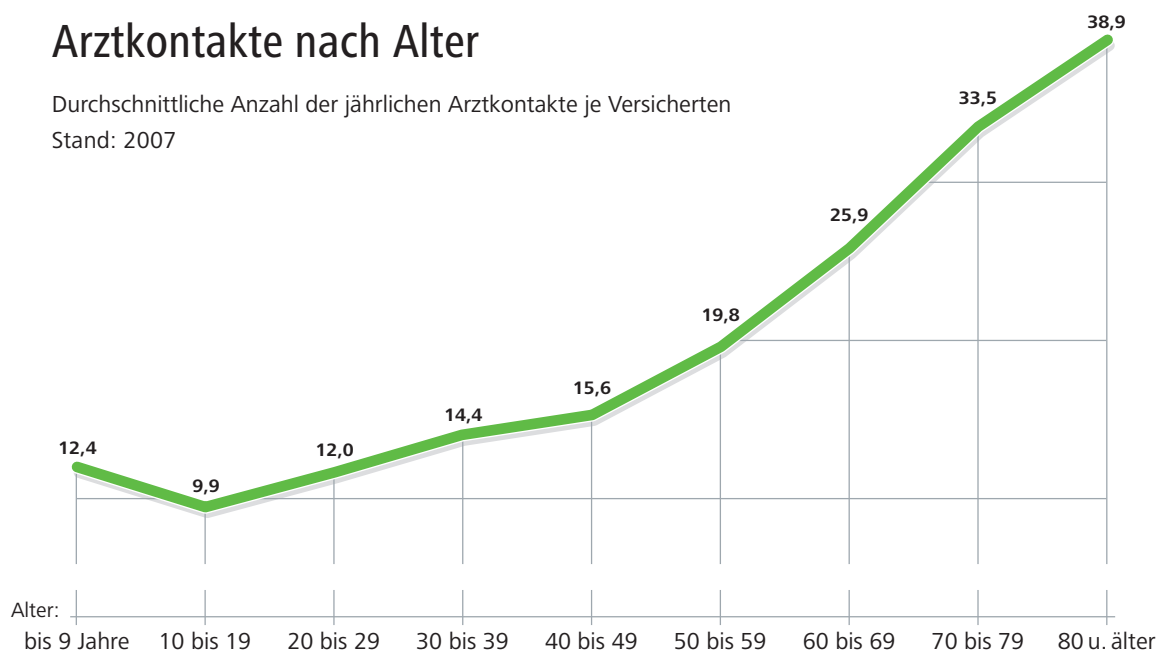
Anzahl der jährlichen Arztkontakte nach Diagnosen  
und der jeweilige Anteil am Durchschnitt von 18,7 Arztkontakten / Jahr



Quelle: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

## Arztkontakte nach Alter

Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Arztkontakte je Versicherten  
Stand: 2007

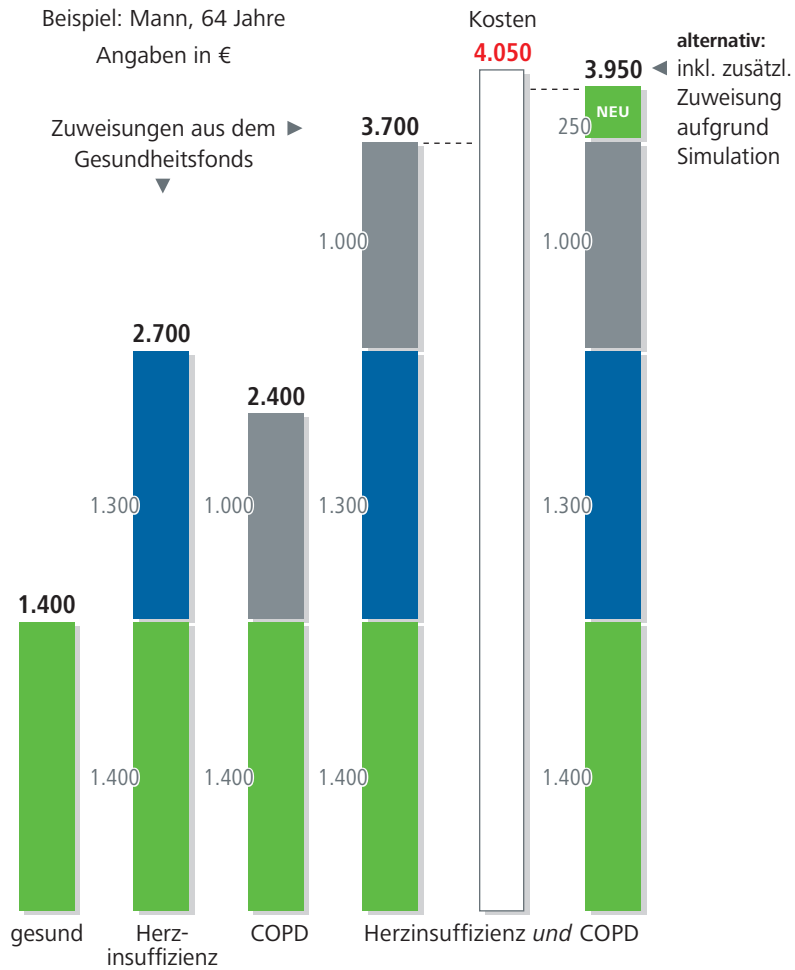


Quelle: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010



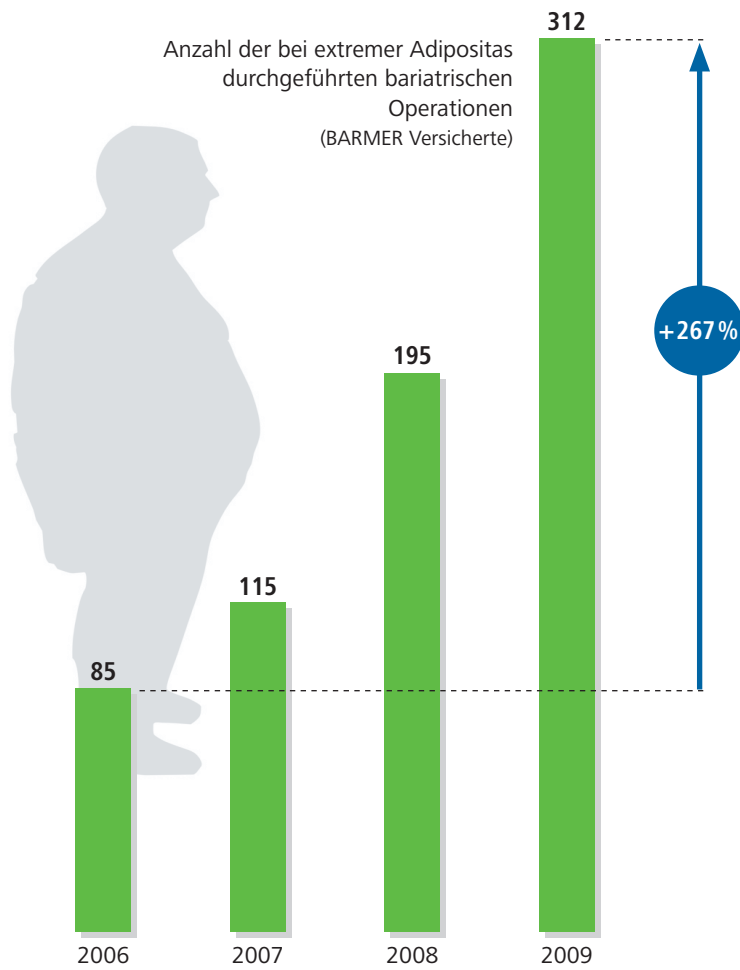
## Verteilungsgerechtigkeit im Morbi-RSA erhöhen

Beispiel: Mann, 64 Jahre  
Angaben in €



Quelle: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

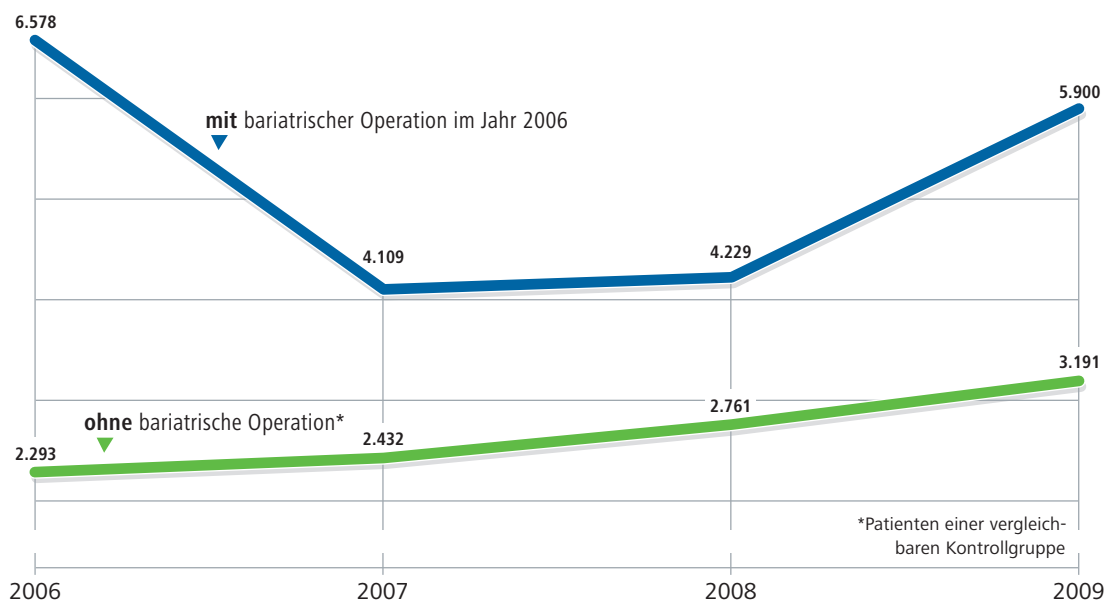
## Trend zu OPs bei Fettleibigkeit



Quelle: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

## Adipositas: Kostenentwicklung nach einer OP

Leistungsausgaben (Angaben in €) für Patienten mit schwerer Adipositas ...



\*Patienten einer vergleichbaren Kontrollgruppe

Quelle: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

# Gesundheitswesen aktuell 2010

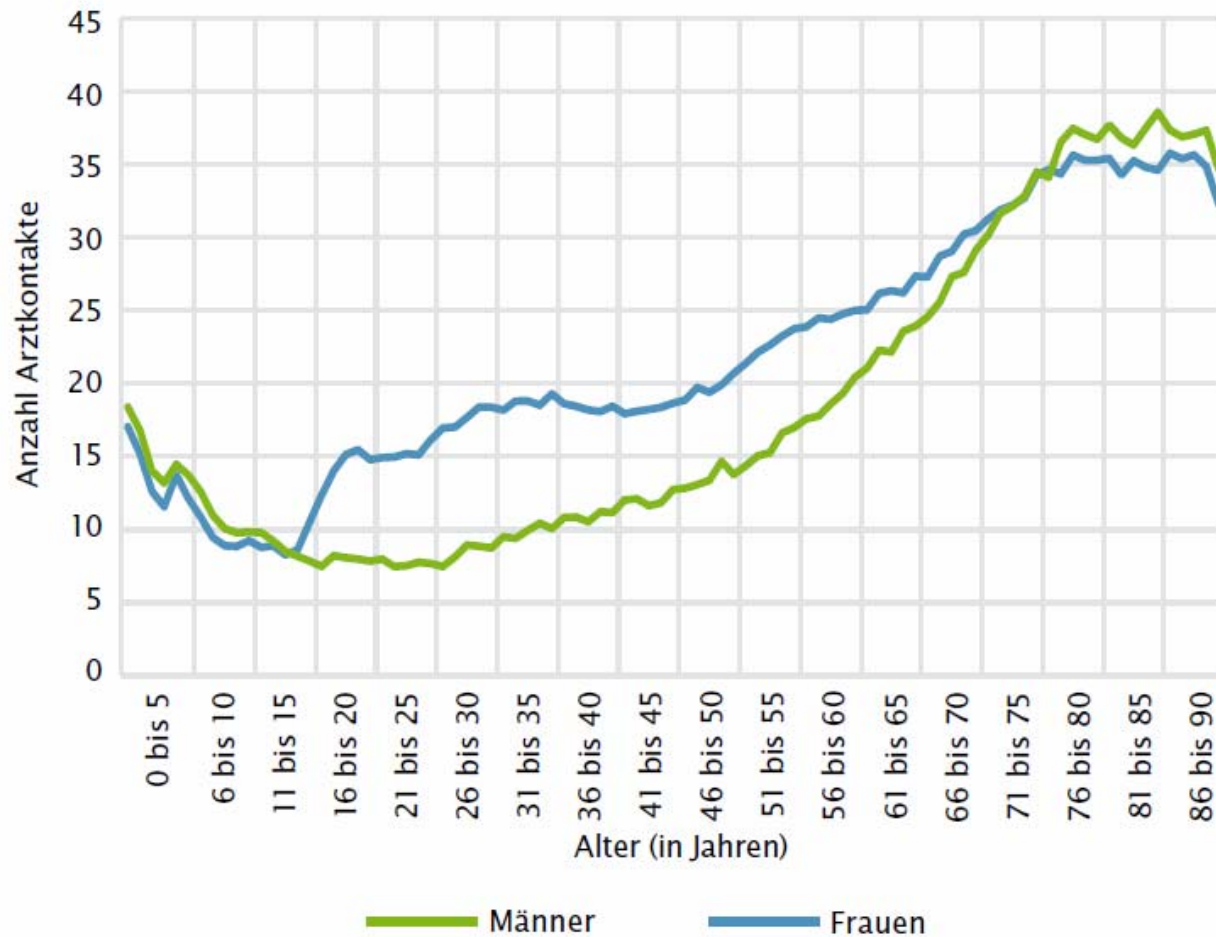
## Versorgung analysieren und gestalten

**BARMER GEK** Hauptverwaltung  
Lichtscheider Strasse 89  
42285 Wuppertal  
Datum: 15. September 2010  
Pressekonferenz Berlin

**Ansprechpartner:** Birgit Fischer  
Vorstandsvorsitzende BARMER GEK  
[birgit.fischer@barmer-gek.de](mailto:birgit.fischer@barmer-gek.de)  
Telefon 018 500 199 2032  
Telefax 018 500 199 2039

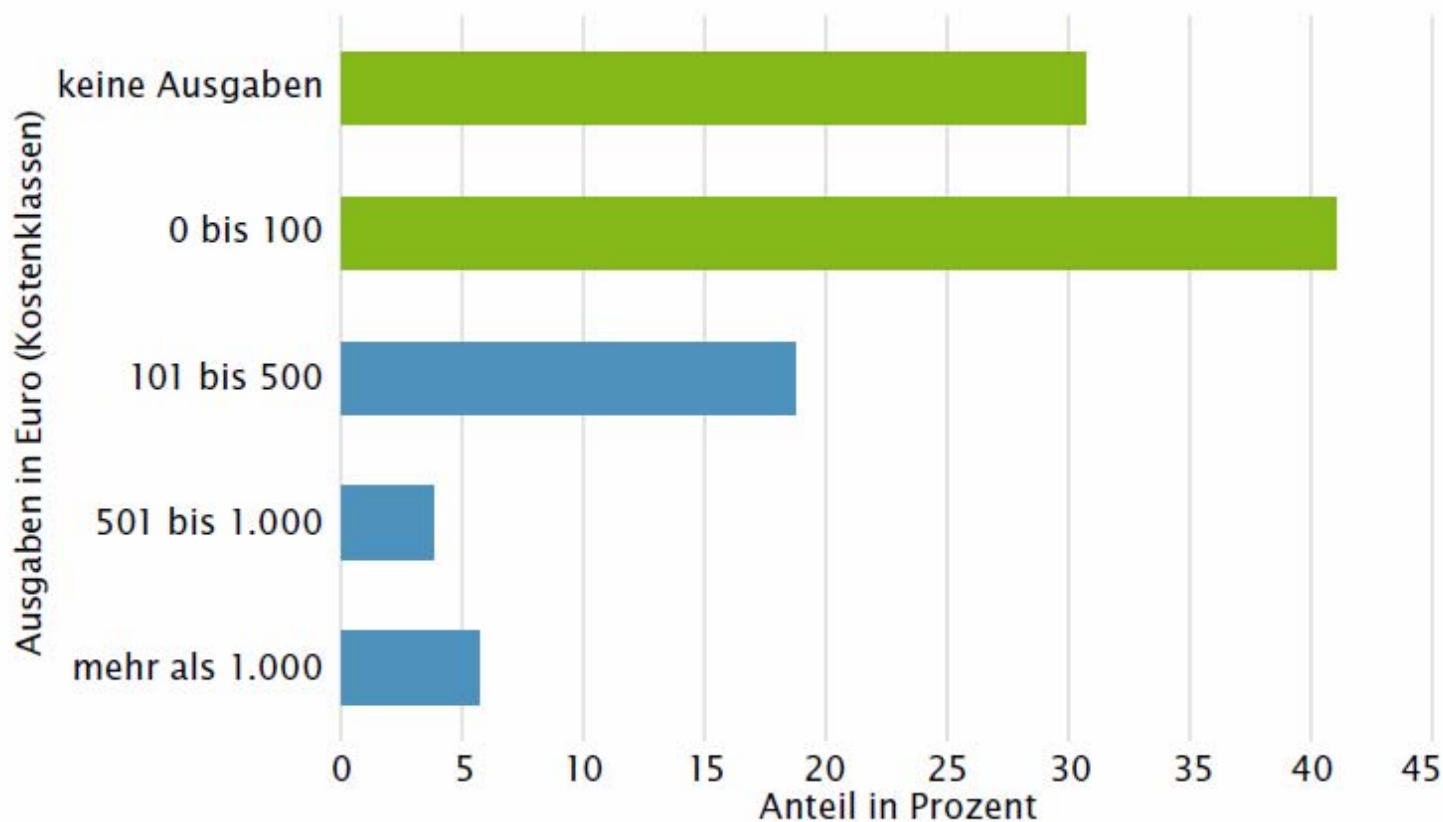


Abbildung 2: Arztkontakte nach Alter und Geschlecht der Versicherten



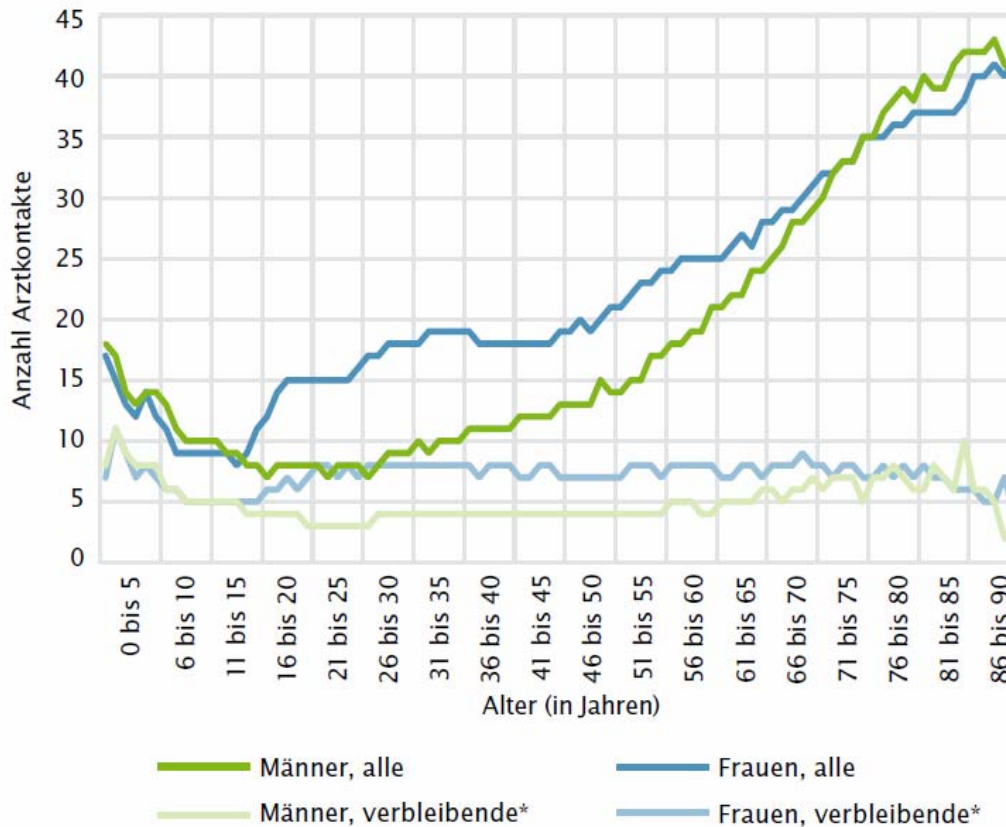
Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

**Abbildung 4:** Ausgaben der verbleibenden Versicherten in den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel, Krankengeld und sonstige Leistungserbringer



Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

**Abbildung 5:** Arztkontakte nach Alter und Geschlecht für alle und für verbleibende Versicherte mit Ausgaben unter 100 Euro in bestimmten Bereichen



Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

\* ohne RSA-Krankheiten und ohne besondere Ereignisse, Ausgaben weniger als 100 Euro



# Wissenschaftliche Datenanalysen der BARMER GEK



**BARMER GEK** Hauptverwaltung  
Lichtscheider Strasse 89  
42285 Wuppertal  
15. September 2010  
Pressekonferenz Berlin

**Ansprechpartner:** Claudia Schulte  
Abteilungsleiterin Unternehmensstrategie Risikomanagement  
claudia.schulte@barmer-gek.de  
Telefon 018 500 199 1569,  
Telefax 018 500 199 1521



# Die Daten der BARMER GEK

- 8,6 Mio. Versicherte
- alle Regionen, alle Altersgruppen, alle Bevölkerungsgruppen

Jährlich ca.

- 2,5 Mio. Krankenhausfälle
- 60 Mio. Verordnungen
- 150 Mio. Arztkontakte
- ...

# Zielsetzung der Datenanalysen



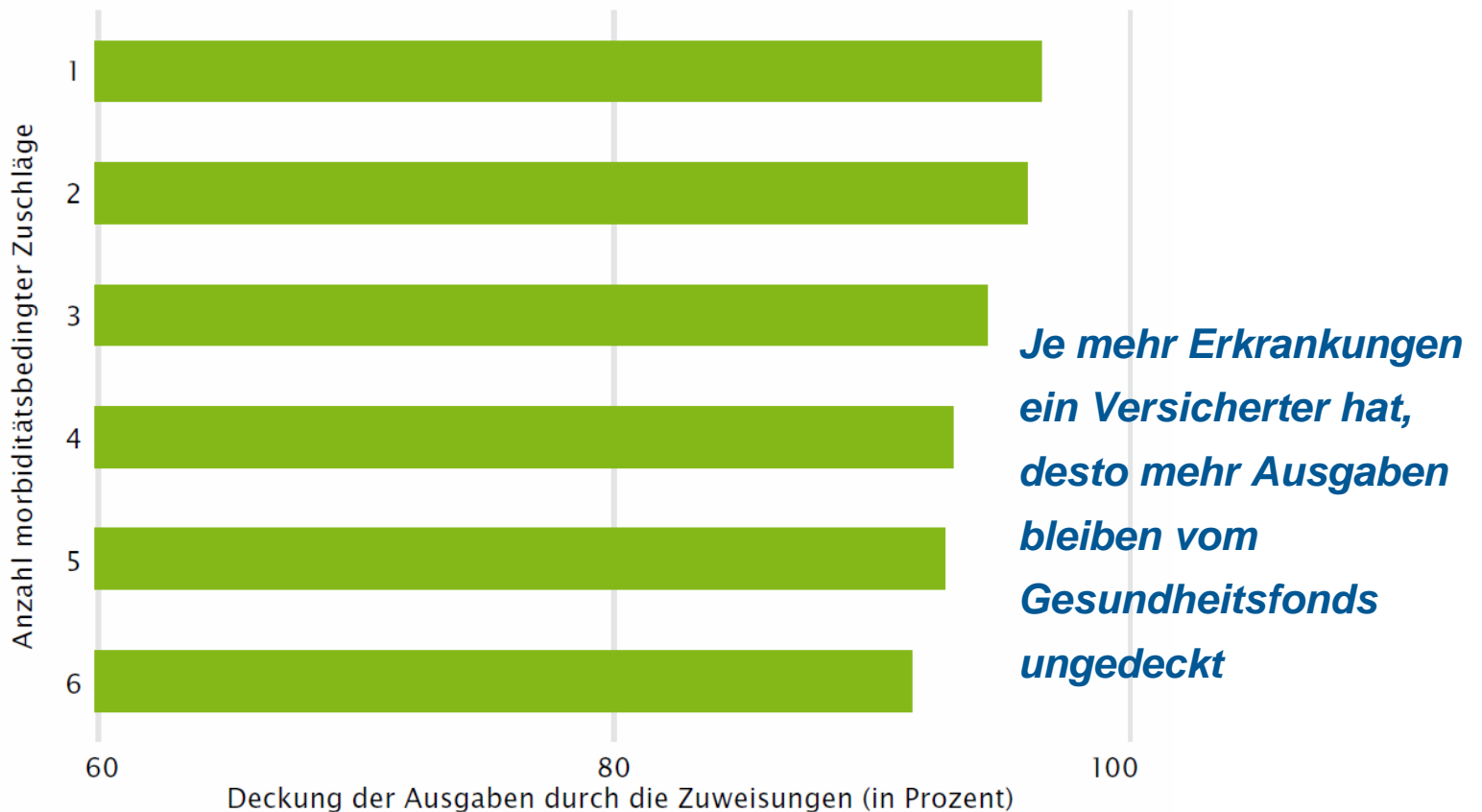
## Wir untersuchen:

- die Versorgungssituation
- die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
- den Gesundheitszustand der Bevölkerung

## mit dem Ziel:

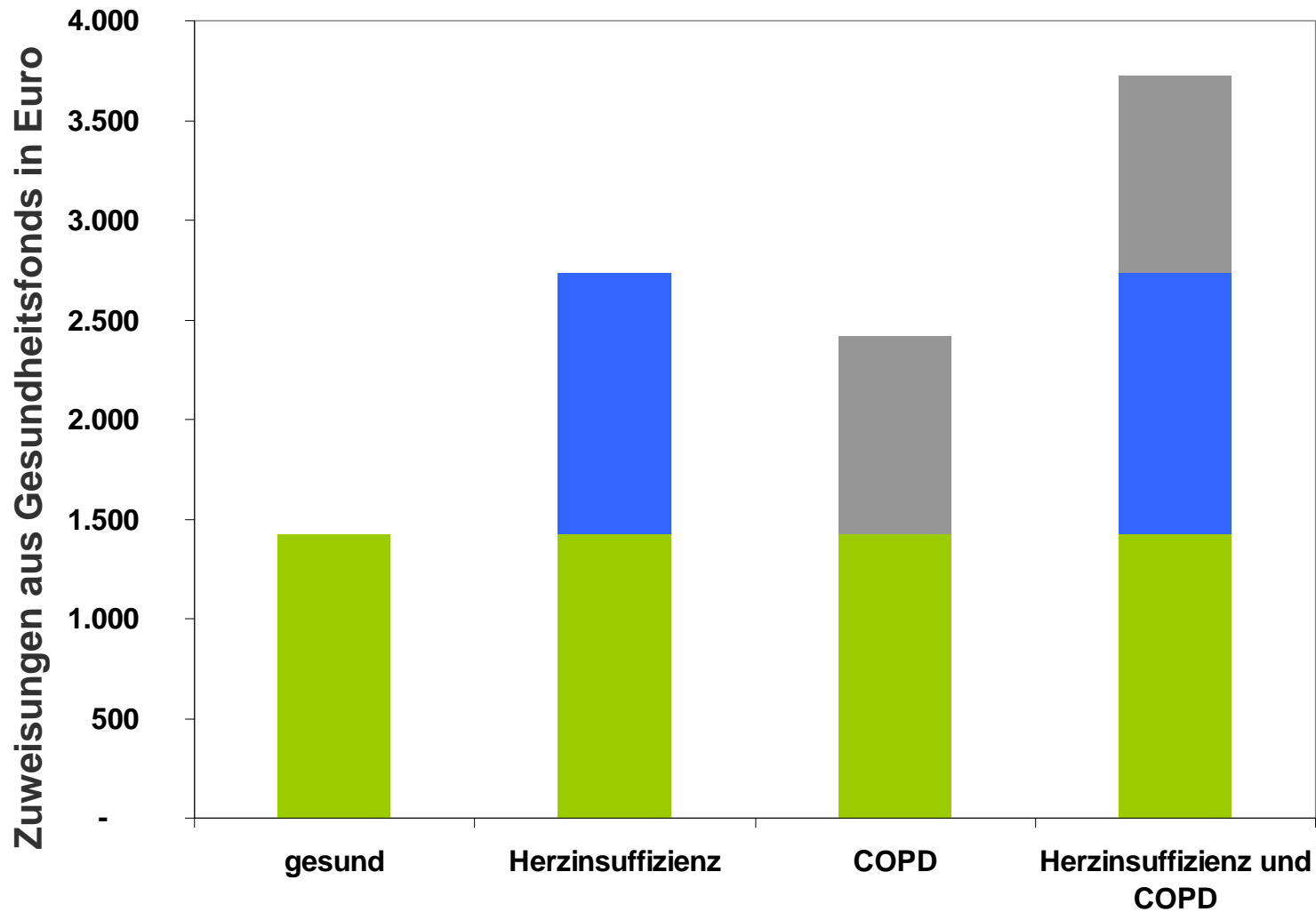
- die Versorgung für den einzelnen Patienten zu verbessern
- Gerechtigkeit des Systems zu erhöhen
- strukturelle Defizite aufzudecken

**Abbildung 1:** Ausgabendeckung in Abhängigkeit von der Anzahl der Zuschläge

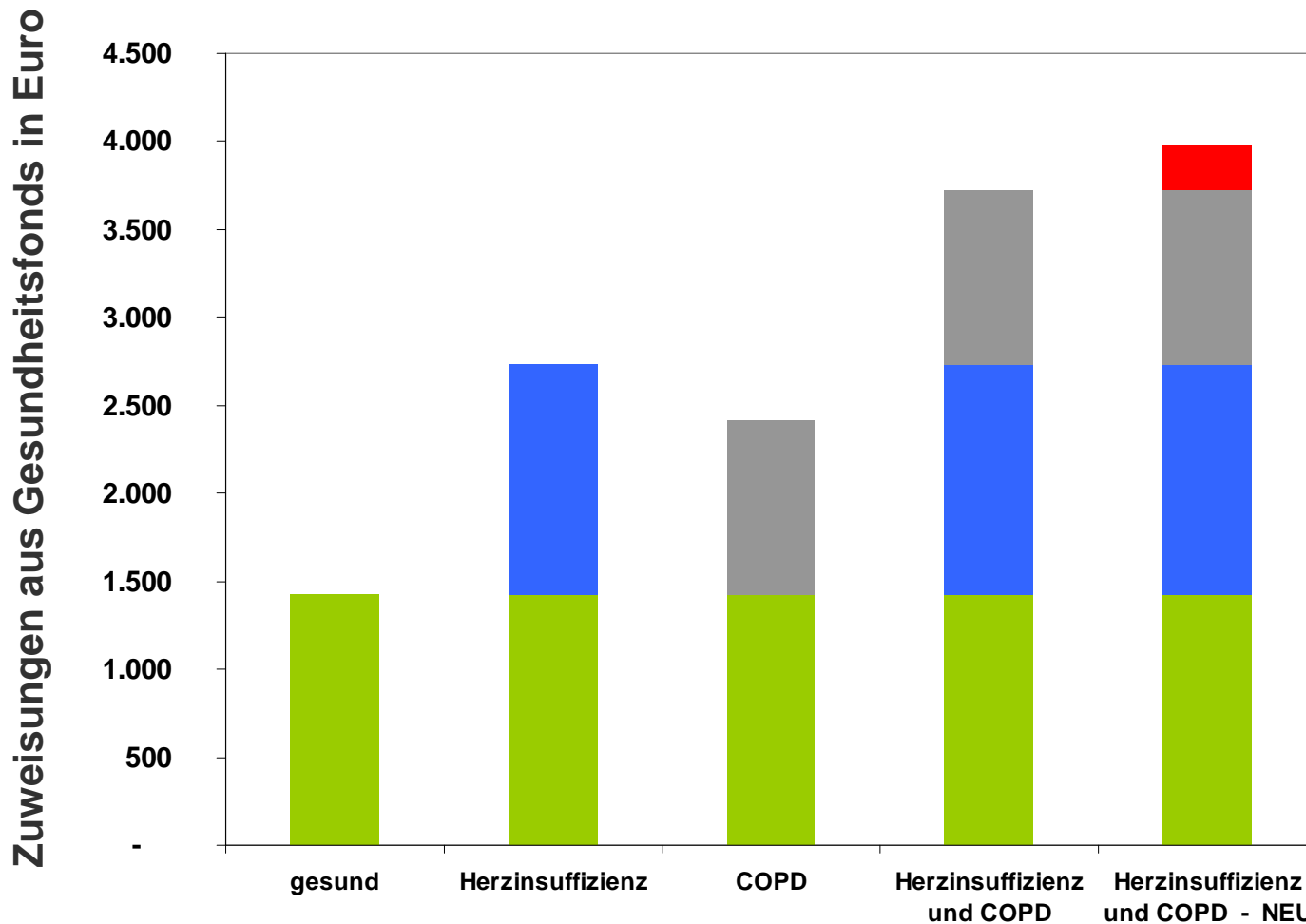


Quelle: eigene Berechnung

# Beispiel: männlich, 64 Jahre



# Beispiel: männlich, 64 Jahre



**Zusätzliche Zuweisung in Höhe von 250 €**

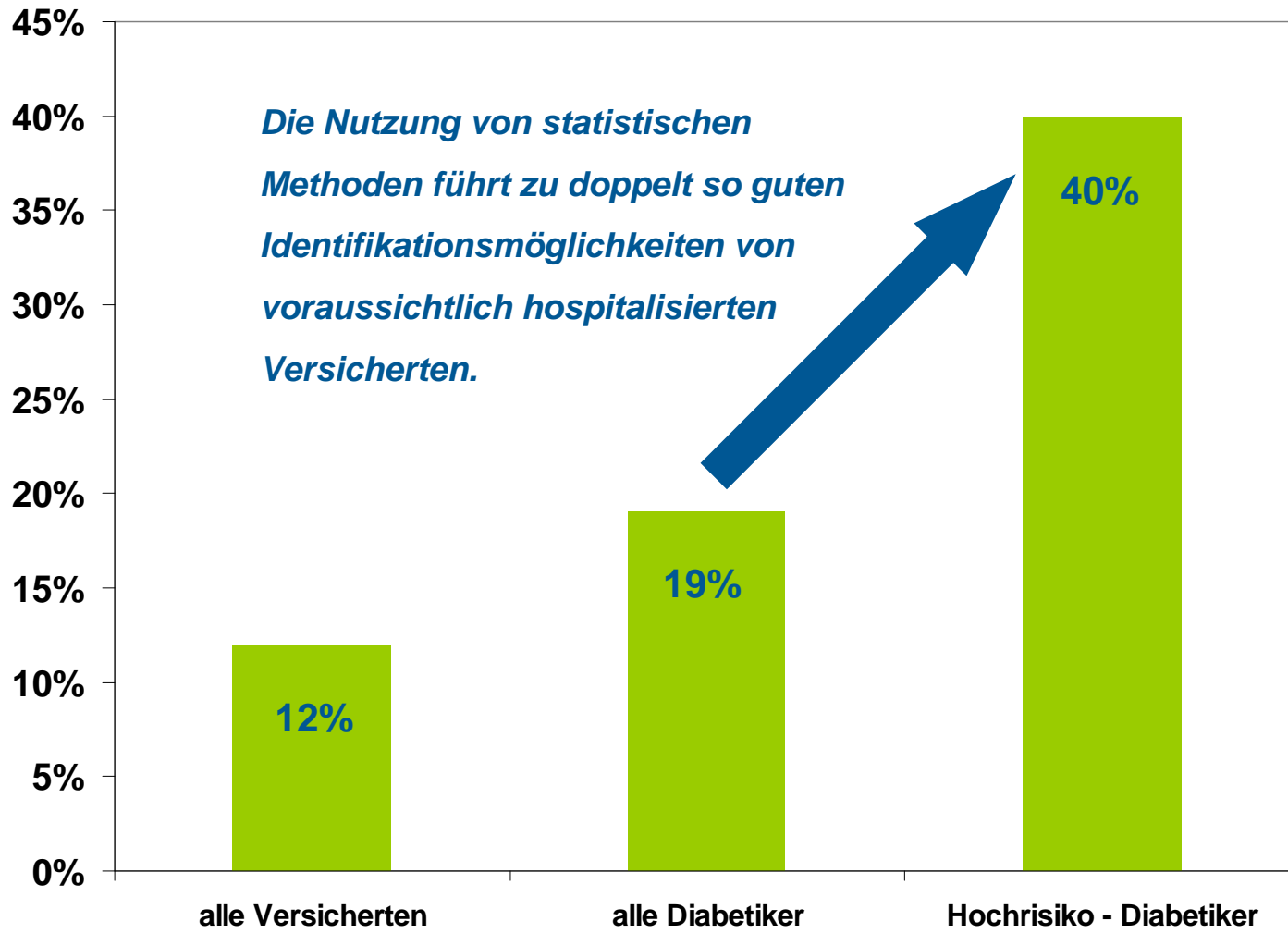


**Erhöhung der Genauigkeit der Zuweisungen**

# Die Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten

- ca. 12 % aller Versicherten sind im Laufe eines Jahres mindestens einmal im Krankenhaus
- bei Unfällen u.Ä. ist dieser KH-Aufenthalt nicht vorhersehbar
- bei Chronikern zeichnet sich der KH-Aufenthalt jedoch häufig vorher ab
- Ziel ist es, die Signale zu erkennen und frühzeitig gegenzusteuern

# Die Berechnung von Hospitalisierungswahrscheinlichkeiten



# Adipositaschirurgie - notwendige Therapie oder Lifestyle?

Spannungsfeld zwischen Medizin und  
Krankenkassen

**BARMER GEK** Hauptverwaltung  
Lichtscheider Strasse 89  
42285 Wuppertal  
15. September 2010  
Pressekonferenz Berlin

**Ansprechpartner:** Dr. med. Ursula Marschall  
Leitung Kompetenzzentrum Medizin  
ursula.marschall@barmer-gek.de  
Telefon 018 500 199 1523,  
Telefax 018 500 199 1521







# Adipositas als zentrale Herausforderung

Adipositas ist als weltweite Epidemie zu betrachten.

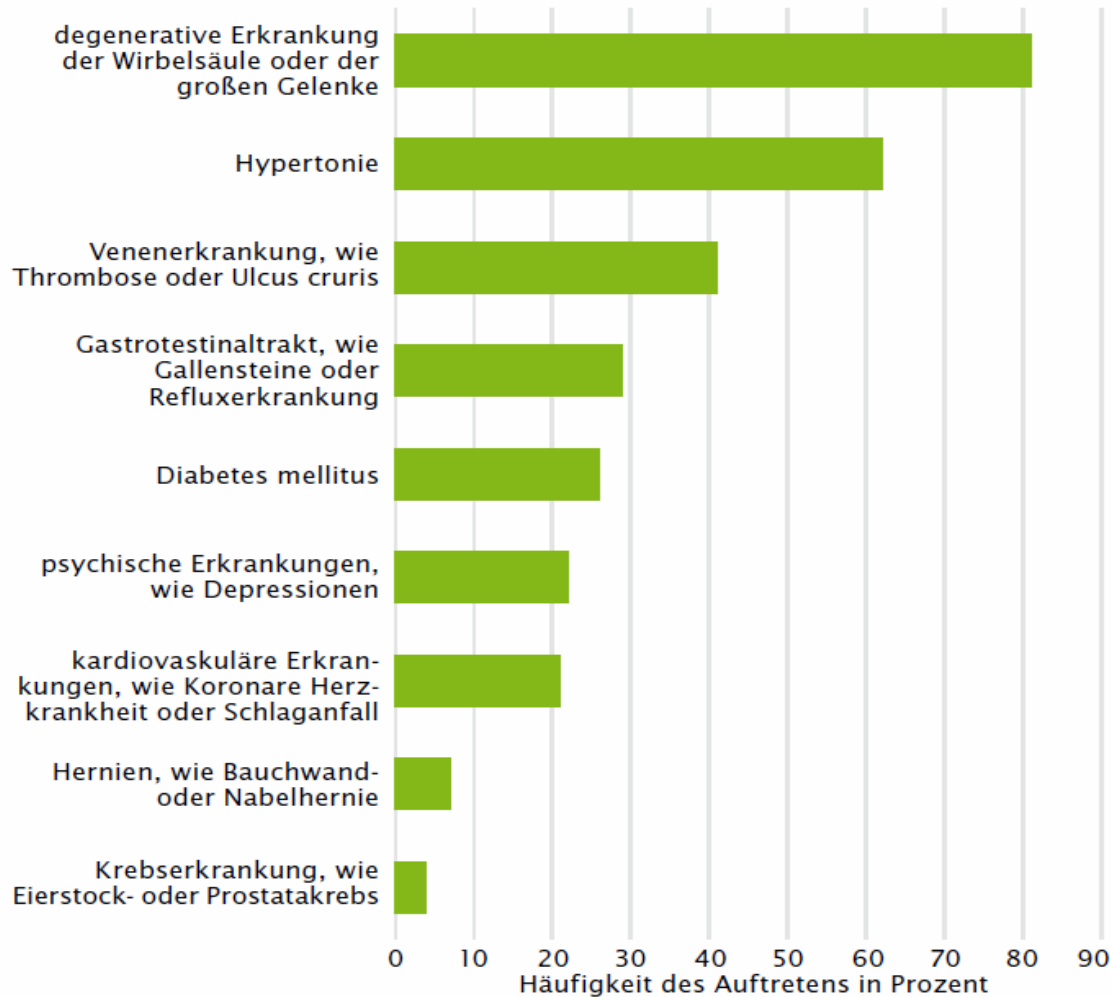
Deutschland europaweit bei der Prävalenz im Vordergrund.

- Jeder 5. Bundesbürger zwischen 18 und 79 ist adipös (BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>)
- Jeder dritte Deutsche sollte aus medizinischen Gründen sein Übergewicht reduzieren

Gesundheitsökonomische Auswirkungen der Adipositas

- Die direkten Kosten in 2010 werden mit 15 Mrd. € beziffert
- Anstieg in den nächsten Jahren auf 22,4 Mrd. €

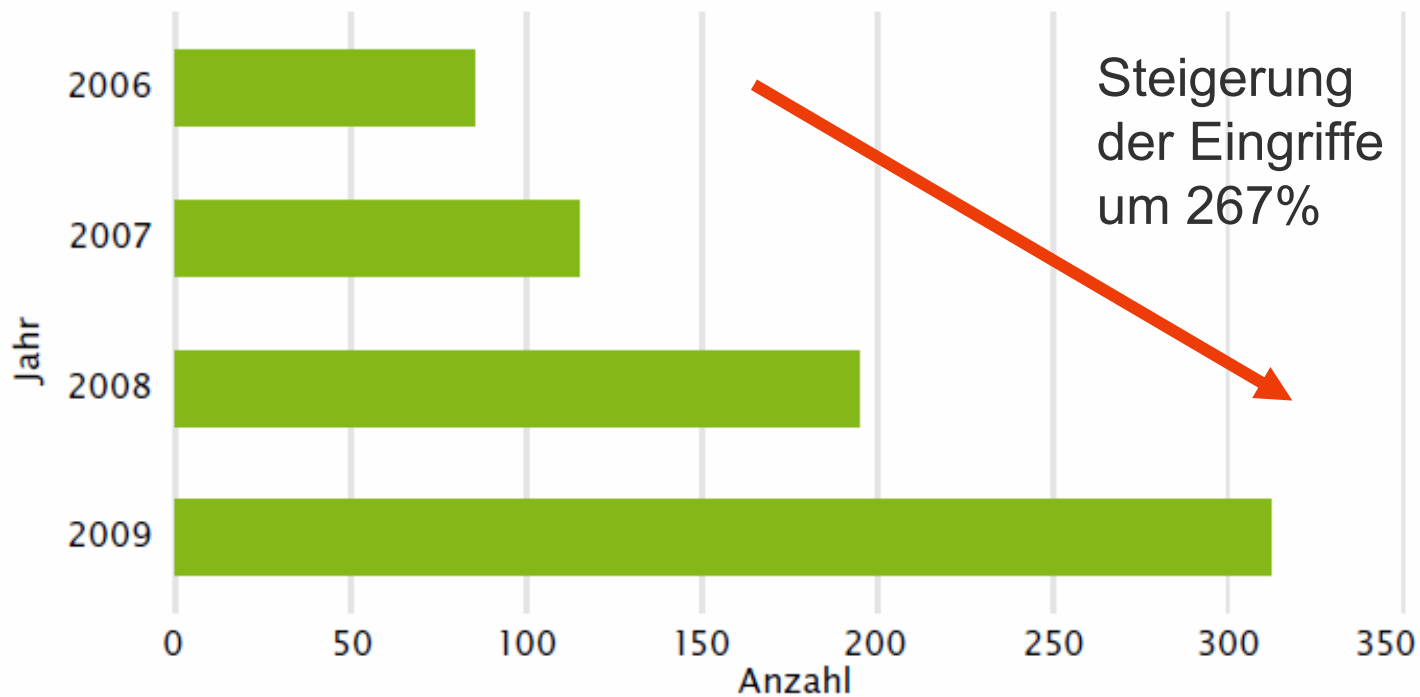
**Abbildung 2:** Häufigkeit des Auftretens von Komorbiditäten bei Patienten mit Adipositas in Prozent



Quelle: BARMER-Daten 2007/2008



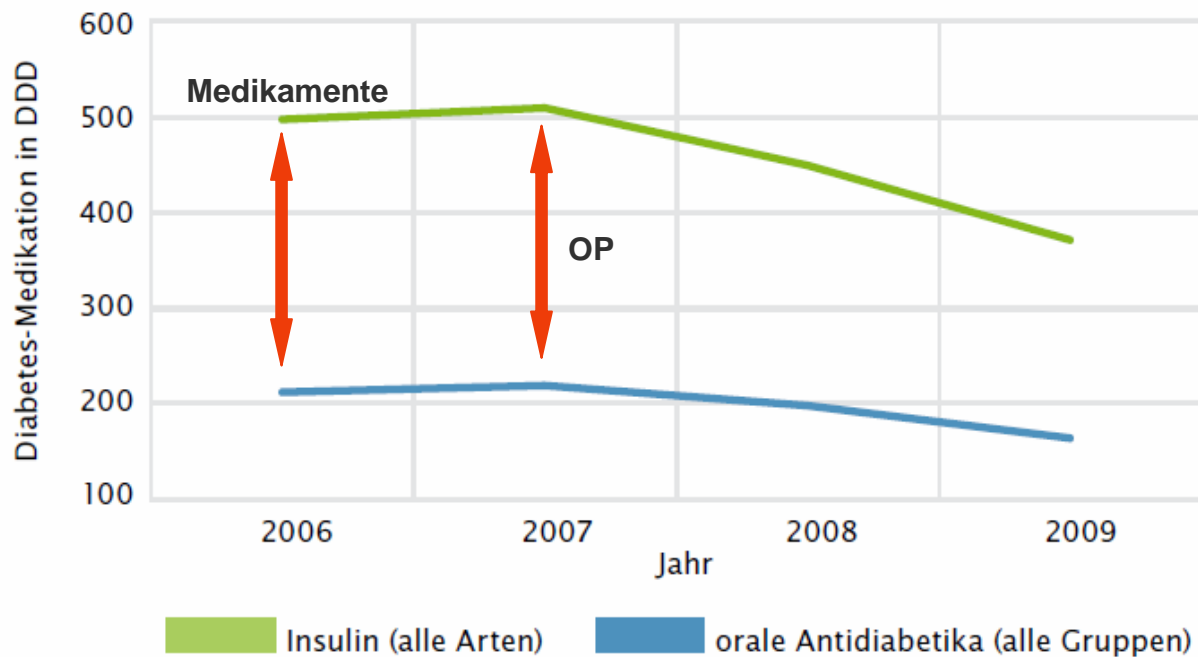
**Abbildung 3:** Anzahl der bei BARMER-Versicherten durchgeführten bariatrischen Operationen (OP-Verfahren wie in Tabelle 2) im Zeitraum 2006 bis 2009



Quelle: BARMER-Daten 2006 bis 2009

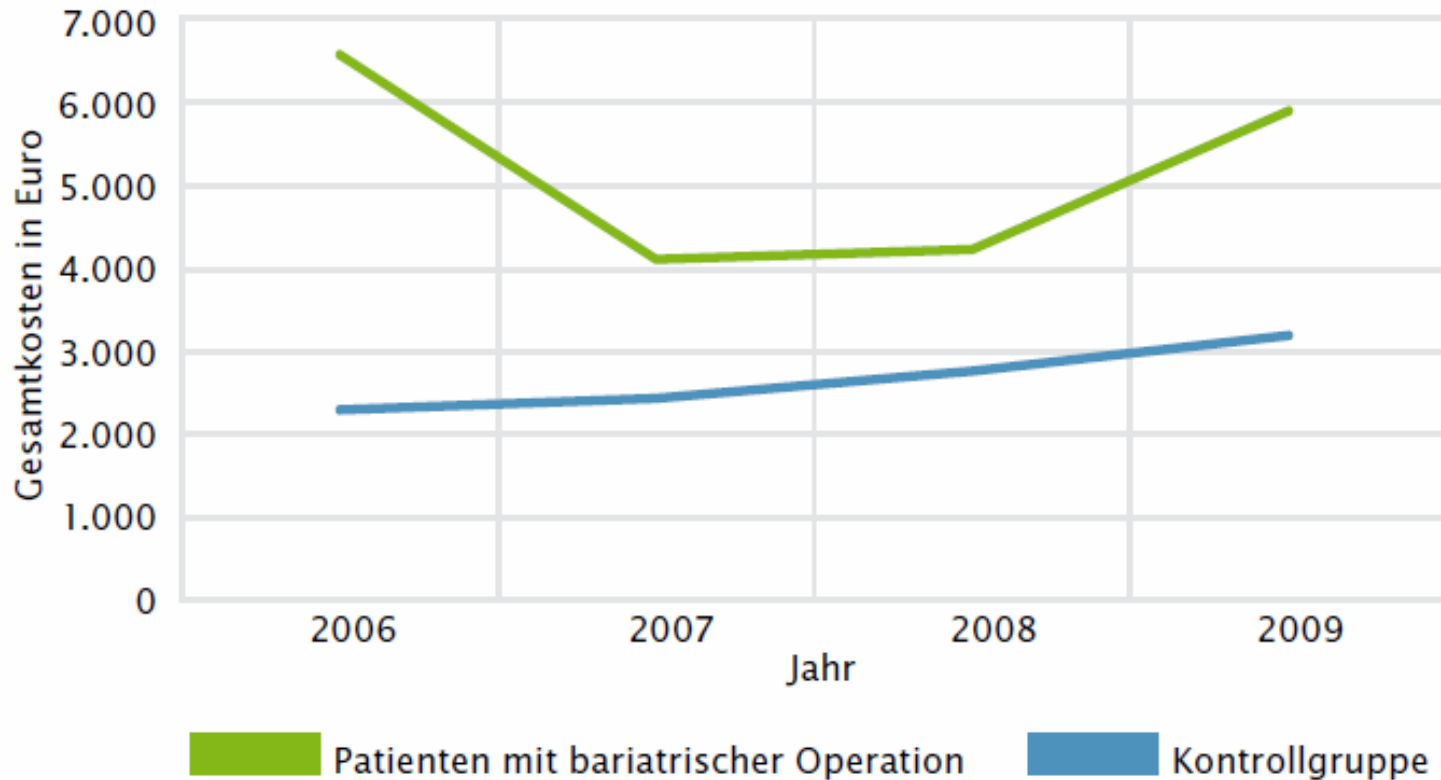
# Effektivität bariatrischer Operationen

**Abbildung 5:** Dosierung der antidiabetischen Medikation Defined Daily Dose (DDD) nach bariatrischen Operationen im Jahr 2007



Quelle: BARMER-Daten 2006 bis 2009

**Abbildung 6:** Vergleich der Hauptleistungskosten von Patienten mit und ohne bariatrische Operation im gesamten Beobachtungszeitraum (OP im Jahr 2006)



Quelle: BARMER-Daten 2006 bis 2009



# Versorgungskonzepte für Adipositas

- Adipositaschirurgie ist weiterhin Hochrisikochirurgie, aber
- effektive Therapie für geeignete Betroffene
  
- **Einschlusskriterien medizinisch festgelegt**
- S3 Leitlinie 2010 / MDK Begutachtungslitfadn
  - interdisziplinäre Indikationsstellung in spezialisierten Kliniken
  - Sicherstellung der lebenslangen Nachbetreuung
  
- **umfassende Versorgungskonzepte dringend erforderlich**
- nicht nur Fokussierung auf Adipositaschirurgie, sondern Prävention hat erste Priorität.

## Kerndaten

<b>Name:</b>	BARMER GEK
<b>Gründungsdatum:</b>	01.01.2010
<b>Rechtsform:</b>	Körperschaft des öffentlichen Rechts
<b>Dienstleistungen:</b>	Kranken- und Pflegeversicherung Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung
<b>Beitragssatz:</b>	14,9 Prozent
<b>Kunden:</b>	8,6 Mio. Versicherte
<b>Standorte:</b>	mehr als 1 000 Geschäftsstellen bundesweit
<b>Vorstand:</b>	Birgit Fischer (Vorstandsvorsitzende) Dr. Rolf-Ulrich Schlenker (Stellvertretender Vorstandsvorsitzender) Jürgen Rothmaier (Mitglied des Vorstandes) Alexander Stütz (Bereichsvorstand)
<b>Verwaltungsrat:</b>	Holger Langkutsch (Vorsitzender) Ute Engelmann (Stellvertretende Vorsitzende) Ludwig Huber (Präsidiumsmitglied)
<b>Mitarbeiter:</b>	19 500, davon 743 Auszubildende
<b>Haushalt:</b>	ca. 22 Milliarden Euro
<b>Anschrift:</b>	BARMER GEK Postfach 11 07 04 10837 Berlin Telefon: 018 500 99 0 Telefax: 018 500 99 3309 E-Mail: <a href="mailto:info@barmer-gek.de">info@barmer-gek.de</a> Internet: <a href="http://www.barmer-gek.de">www.barmer-gek.de</a>

---

### Pressestelle

Lichtscheider Straße 89  
42285 Wuppertal

Tel.: 018500 99 14 01  
Fax: 018500 99 14 59  
[presse@barmer-gek.de](mailto:presse@barmer-gek.de)  
[www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de)

Athanasios Drougias (Ltg.)  
Tel.: 0202 56 81 99 14 21  
[athanasios.drougias@barmer-gek.de](mailto:athanasios.drougias@barmer-gek.de)

Dr. Kai Behrens  
Tel.: 030 25331 44 3020  
[kai.behrens@barmer-gek.de](mailto:kai.behrens@barmer-gek.de)