

BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 24. Juli 2012

Teilnehmer:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes BARMER GEK

Prof. Eva Maria Bitzer
Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG)

Athanasios Drougias
Leiter Unternehmenskommunikation BARMER GEK (Moderation)

Berlin, 24. Juli 2012

BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

Oft nur eingeschränkte Lebensqualität nach Prostata-OP

Eine operative Entfernung der Prostata nach Krebsdiagnose will gut überlegt sein. Das zeigen aktuelle Befragungsergebnisse des BARMER GEK Reports Krankenhaus 2012. Ein Jahr nach Krankenhausaufenthalt berichtet das Gros der Patienten von erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität: 70 Prozent klagen über Erektionsprobleme, 53 Prozent über sexuelles Desinteresse und rund 16 Prozent über Harninkontinenz. 20 Prozent bestätigen operationsbedingte Komplikationen wie Blutungen oder Darmverletzungen.

Entsprechend durchwachsen sind die Zufriedenheitswerte: 52 Prozent der Befragten sind mit dem Behandlungsergebnis uneingeschränkt zufrieden, 41 Prozent eingeschränkt, 7 Prozent unzufrieden. Das sind schlechtere Ergebnisse als nach Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks (63 Prozent uneingeschränkte Zufriedenheit). Die Autorin des Reports, Professor Dr. Eva Maria Bitzer vom Hannoveraner Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) stellt fest: „Trotz guter Heilungschancen muss ein großer Teil der Patienten mit gravierenden Neben- und Folgewirkungen dieser Behandlung rechnen, oft ein Leben lang.“

Prostatakrebs besitzt eine hohe Versorgungsrelevanz. Nach dem Hautkrebs ist er die häufigste Krebserkrankung des Mannes und für etwa 10 Prozent der Krebssterbefälle unter Männern verantwortlich. Neben subjektiven Wahrnehmungen der Patienten analysiert die Studie auch die Behandlungshäufigkeit. Das überraschende Ergebnis: Zwischen 1994 und 2010 gab es einen Anstieg von 14,7 auf 20,9 Fälle je 10.000 Männer, die unter der Hauptdiagnose „Prostatakarzinom“ im Krankenhaus behandelt wurden. Das entspricht einem Realzuwachs von rund 40 Prozent. Rechnet man jedoch den Alterungseffekt heraus, so blieb die Zahl der stationär behandelten Fälle in 18 Jahren unverändert.

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

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

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

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

Dazu bemerkt der BARMER GEK Vizechef Dr. Rolf-Ulrich Schlenker: „Das spricht zunächst für eine sorgfältige Indikationsstellung durch die behandelnden Urologen. Allerdings bewegen sich die deutschen Fallzahlen im internationalen Vergleich auf hohem Niveau.“

In den USA ist die Krankenhausbehandlungsrate bei Prostataleiden nicht nur geringer, sondern auch rückläufig. Zwischen 1997 und 2004 ist sie altersbereinigt von 7,9 auf 5,6 Fälle je 10.000 Männer um 30 Prozent gesunken. Insgesamt wurden im vergangenen Jahr in Deutschland und den Vereinigten Staaten jeweils rund 83.000 Krankenhausbehandlungen des Prostatakarzinoms gezählt. Dabei ist die Bevölkerung der Vereinigten Staaten fast viermal so groß, aber im Durchschnitt auch deutlich jünger. Im altersstandardisierten Vergleich werden Prostataentferungen hierzulande ungefähr doppelt so häufig durchgeführt: 7,8 versus 4,4 Fälle pro 10.000 Männer. Höhere Raten gibt es in Österreich: 11 Fälle pro 10.000 Männer.

Unter allen Behandlungsmethoden im Krankenhaus ist die operative Prostataentfernung mit Abstand am häufigsten - die „radikale Prostatektomie“ erfolgt in jedem zweiten Fall. Erfreulich dabei: Wurden 2005 nur 30 Prozent der erkrankten Männer gefäß- und nervenerhaltend operiert, sind es aktuell 55 Prozent – über alle Altersgruppen hinweg und mit steigender Tendenz. „Hier kommt der medizinische Fortschritt altersübergreifend in der onkologischen Breitenversorgung an. Gleichzeitig bleibt aber weiterhin fraglich, ob die gravierenden Neben- und Folgewirkungen eines operativen Eingriffs oder einer Bestrahlung nicht mehr Männern erspart bleiben könnten“, so Schlenker.

Professor Bitzer bestätigt: Gerade beim Prostatakrebs müsse die Behandlung nicht immer gleich automatisch Operation, Bestrahlung oder Medikamente nach sich ziehen. „Für eine Therapieentscheidung sollten sich Arzt und Patient Zeit nehmen und in geeigneten Fällen auch die Möglichkeiten einer aktiven Überwachung und langfristigen Beobachtung in Erwägung ziehen.“ Und Schlenker resümiert: „Eine umfassende Aufklärung über die Chancen und Risiken der unterschiedlichen Therapiealternativen ist von elementarer Bedeutung für die Behandlungsentscheidung der Patienten.“

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

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

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

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

Weitere Ergebnisse zum Schwerpunktthema „Akut-stationäre Versorgung des Prostatakarzinoms“:

- Nach **Hochrechnungen** auf Basis der BARMER GEK Daten wurden 2011 bundesweit an deutschen Krankenhäusern rund 31.000 offene radikale Prostatektomien durchgeführt, außerdem 10.000 minimalinvasive Operationen, 3.000 mit Brachytherapien, 2.000 Chemotherapien und 1.600 perkutane Bestrahlungen.
- Die **Gesamtkosten** für die stationäre Versorgung von Prostatakrebs-Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung beliefen sich 2011 auf rund 364 Millionen Euro. Die stationären Behandlungskosten pro Kopf lagen im vergangenen Jahr durchschnittlich bei etwa 5.900 Euro - bei jüngeren Patienten regelmäßig oberhalb von 6.000 Euro, bei Patienten ab 80 Jahren bei etwa 4.000 Euro.
- Auch beim Prostatakrebs gehen die **Behandlungszeiten** seit 1994 stetig zurück, von 13,6 auf 8,0 Tage je Fall.
- Prostatakrebs ist eine **Erkrankung älterer Männer**, die vor dem 40. Lebensjahr praktisch nicht auftritt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 69 Jahren. Das Erkrankungsrisiko eines 40-Jährigen für die nächsten 10 Jahre liegt bei 0,1 Prozent, das Risiko eines 70-Jährigen bei 6 Prozent.
- Mit einem Krebs der Prostata kann man alt werden. Die meisten Patienten sterben nicht an ihm, sondern an etwas anderem. Er ist also weniger bedrohlich als andere Krebsarten – weil er erst im Alter auftritt und weil es neben mehr oder weniger aggressiven auch friedliche Formen gibt.
- Eine **aktuelle Broschüre** dazu ist verfügbar auf www.barmer-gek.de/132373

Pressestelle

Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

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

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

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

Statement

BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

**Prostata-OP mit fragwürdigen Folgen
Krebsregisterplan des BMG zu begrüßen**

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

anlässlich der Pressekonferenz
am 24. Juli 2012 in Berlin

Moderne Versorgungsforschung: Daten und Erfahrungen zusammenführen

Wie gewohnt hat das ISEG-Team aus Hannover um Professor Dr. Eva Bitzer das vollstationäre Versorgungsgeschehen sorgfältig unter die Lupe genommen und dabei nicht nur unsere Abrechnungsdaten ausgewertet, sondern auch eine Patientenbefragung aufgesetzt. Diese Zusammenführung von objektiven Abrechnungsdaten und subjektiven Patientenerfahrungen ist mustergültig und für die Versorgungsforschung stilbildend. So verschaffen wir uns aus verschiedenen Perspektiven ein verlässliches Bild vom Zustand unserer Gesundheitsversorgung. Dazu zählt im Übrigen auch immer der vergleichende Blick über den Tellerrand: Wie sieht es denn in anderen Ländern aus?

Erfreuliche, überraschende und bedenkliche Ergebnisse bei der Behandlung von Prostatakrebs

Im Juni haben wir uns im Rahmen unseres Arzneimittelreports ausführlich mit der Frauengesundheit beschäftigt. Heute befassen wir uns mit einem zentralen Thema der Männergesundheit: der Behandlung des Prostatakarzinoms im Krankenhaus. Aus unserer Sicht ist der Befund vielschichtig. Ich will auf ein erfreuliches, ein überraschendes und ein bedenkliches Ergebnis eingehen.

- Erfreulich : Es werden zunehmend moderne, d.h. gefäß- und nervenschonende Operationstechniken eingesetzt – und das über alle Altersgruppen hinweg. Moderne Medizintechnik kommt in der onkologischen Breitenversorgung an. Patienten partizipieren am medizinischen Fortschritt.
- Überraschend . Auf den ersten Blick gibt es keine Hinweise auf medizinisch unbegründete Mengensteigerungen. Der beobachtbare Anstieg vollstationärer Prostatakarzinom-Behandlungen von 40 Prozent in 18 Jahren ist allein auf demographische Veränderungen zurückzuführen. Allerdings müssen wir uns auch klar machen, dass die 83.000 stationären Behandlungsfälle in Deutschland genau der Fallzahl in den Vereinigten Staaten entsprechen – trotz der viel größeren Bevölkerung in den USA!
- Bedenklich : Der Einsatz von moderner Medizintechnik kann Leiden lindern und Leben verlängern. Häufig wird die Krebserkrankung durch OP oder Bestrahlung gar gestoppt oder geheilt. Gleichwohl – und das zeigen die Befragungsergebnisse – kommt es oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Die Kehrseite einer Operation kommt hier schonungslos zum Vorschein: Gravierende Nebenwirkungen sind möglich, in diesem Fall vor allem Impotenz und Inkontinenz.

Aufklärung und Abwägung sind das A und O

Unser aktueller Report zeigt zwar, dass die Häufigkeit der Prostataoperationen nach Bereinigung um Altersstruktureffekte nicht angestiegen ist. Gleichzeitig wissen wir aber, dass im altersstandardisierten Vergleich hierzulande Prostatakrebs ungefähr doppelt so häufig operiert wird wie in den Vereinigten Staaten. Auch deshalb läuft seit Jahren eine kritische Diskussion, ob nicht Prostatakrebs ein besonders prominentes Beispiel für das Phänomen der Überversorgung ist. Soll heißen: Es besteht die Gefahr, dass wesentlich mehr Männer einen festgestellten Prostatakrebs per Operation oder Bestrahlung behandeln lassen, als es notwendig wäre. Die "United States Preventive Services Task Force" beispielsweise hat in diesem Zusammenhang im Oktober 2011 eine kritische Stellungnahme zur Nutzung des PSA-Tests für Zwecke des Prostatakrebs-Screening veröffentlicht. In bestimmten Fällen dürfte deshalb eine Strategie der aktiven Überwachung oder des langfristigen Beobachtens die angemessene Form der Behandlung sein.

Aktuelle Patientenbroschüre zum Prostatakrebs

Um unseren Versicherten eine Entscheidungshilfe zu geben, hat die BARMER GEK in Zusammenarbeit mit Professor Dr. Alfred Böcking, emeritierter Direktor des Instituts für Zytopathologie an der Uniklinik Düsseldorf, Professor Dr. Lothar Weißbach von der Stiftung Männergesundheit in Berlin sowie Josef Dietz vom Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe eine neue Patientenbroschüre entwickelt. Sie trägt den Titel "Beobachten, überwachen, operieren, bestrahlen – Behandlungsstrategien bei Prostatakrebs". Diese Broschüre leistet vor allem drei Dinge:

- Sie stellt die wichtigsten Behandlungsmöglichkeiten bei Prostatakrebs in einer patientengerechten Sprache vor.
- Sie enthält kritische Hinweise zum PSA-Test als Instrument der Früherkennung. Aus guten Gründen wird diese Form der Früherkennung von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt.
- Sie gibt Hinweise auf eine wenig bekannte, aber für die Entscheidungsfindung bei Prostatakrebs nützliche Zusatzdiagnostik: Die sogenannte "DNA-Zytometrie" ist ein seit mehr als 25 Jahren gut erforschtes Diagnosewerkzeug, um bei Prostatakrebs zwischen Fällen hoher und niedriger Aggressivität unterscheiden zu können.

Krebsplan-Umsetzungsgesetz: Fortschritt durch Transparenz

Wir brauchen hierzulande generell mehr Transparenz über die Qualität der Krebsversorgung. Wie steht es um eine flächendeckende Versorgung und die Ergebnisse medizinischer Leistungen? Wird leitliniengerecht therapiert? Wo gibt es Versorgungsdefizite? All diese Fragen lassen sich über eine bundesweite verlässliche Datenbasis viel besser beantworten. Bis heute bieten die Krebsregister der Länder nur einen Flickenteppich an Informationen. Was wir also brauchen, ist eine Verpflichtung auf bundeseinheitliche Vorgaben der Datenerfassung. Der aktuelle Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Ausbau klinischer Krebsregister und zur Förderung der Früherkennungsprogramme ist deshalb ausdrücklich zu begrüßen.

Voraussetzung aus Sicht der Kassen ist die ausgewogene Finanzierung der Registerstellen durch sämtliche Beteiligten. Da eine gute onkologische Versorgung im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegt, plädieren wir für eine gemeinsame Kostenverantwortung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie Bund und Ländern.

Auch die Pläne zur Ausweitung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme und Flexibilisierung bisheriger Altersgrenzen gehen in die richtige Richtung, ebenso die vorgesehenen Einladungen zu Vorsorgeuntersuchungen gegen Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs. Allerdings sollte daraus kein Screening-Zwang erwachsen, vielmehr muss die freiwillige Beteiligung der Bürger durch überzeugende Argumente sichergestellt werden.

Statement

BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

**Schwerpunktthema:
Die akut-stationäre Versorgung
des Prostatakarzinoms**

von Prof. Dr. Eva Maria Bitzer, MPH
ISEG - Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und
Gesundheitssystemforschung, Hannover
und
Pädagogische Hochschule Freiburg

anlässlich der Pressekonferenz

am 24. Juli 2012 in Berlin

Allgemeine Entwicklung der akut-stationären Versorgung

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 stationäre Verweildauer nach altersstandardisierten Auswertungen von 8,5 auf 8,4 Tage weiter abgenommen, gleichzeitig stieg jedoch auch die Behandlungshäufigkeit in Krankenhäusern von 186 auf 190 Fälle je 1.000 Versicherte. Aus beiden Trends resultierte 2011, bereinigt um demographische Effekte, eine im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegene 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 289 Tage je 1.000 Versicherte zugenommen. Allein im Vergleich zum Jahr 2010 beträgt die Zunahme 13 zusätzliche Krankenhaustage aufgrund von psychischen Störungen je 1.000 Versicherte (+4.7%). Auf Diagnosen im Sinne von Depressionen (F32, F33) entfielen im Jahr 2011 6,1% aller dokumentierten Behandlungstage in Krankenhäusern.

Schwerpunktthema: Die Behandlung des Prostatakarzinoms im Krankenhaus

Beim Prostatakarzinom handelt es sich um eine Erkrankung des älteren Mannes: Vor dem 40. Lebensjahr tritt es praktisch nicht auf. Ab dem 80. Lebensjahr ist es für 8% aller Sterbefälle bei Männern verantwortlich. Im Mittelpunkt des BARMER GEK Report Krankenhaus 2012 stehen die Behandlungsverfahren, die ausschließlich oder teilweise im stationären Sektor erbracht werden (v.a. radikale Prostatektomie).

Altersbereinigt keine substanzielle Zunahme der Krankenhausbehandlungen aufgrund von Prostatakrebs

Die Behandlungshäufigkeit in Krankenhäusern mit der Hauptdiagnose „Prostatakarzinom“ ist zwischen 1994 und 2010 roh von 14,7 auf 20,9 pro 10.000 Männer und damit um 40% angestiegen. 1994 wurden in Deutschland 58.720 Behandlungsfälle gezählt, 2010 waren es 83.614, zwischenzeitlich im Jahr 2007 wurden sogar 89.424 Fälle erfasst. Der Anstieg von 1994 bis 2010 ist jedoch allein auf die veränderte Altersstruktur zurückzuführen. Rechnet

man diese demografischen Effekte heraus, gibt es praktisch keinen Unterschied der Krankenhausbehandlungsrate des Jahres 1994 und des Jahres 2010. Unter Annahme einer seit Ende 1993 unveränderten Altersstruktur wurden sowohl 1994 als auch 2010 jeweils jährlich 14,7 Behandlungsfälle in Krankenhäusern je 10.000 Männer gezählt

Die häufigste Behandlungsform beim Prostatakarzinom im Krankenhaus ist die radikale Entfernung der Prostata

Bei 50% der im Krankenhaus wegen Prostatakrebs behandelten Männer wird die Prostata vollständig entfernt (radikale Prostatektomie). Ob operiert wird, hängt maßgeblich vom Lebensalter ab: Männer unter 55 Jahren erhalten zu etwa 80% eine radikale Prostatektomie, Männer ab dem 80. Lebensjahr werden praktisch nicht mehr operiert.

Positiv: Zunahme der gefäß- und nervenerhaltenden Operationstechniken

Wurden 2005 nur 30% der radikalen Prostatektomien gefäß- und nervenerhaltend operiert, sind es aktuell 55%. Positiv ist zudem, dass gefäß- und nervenerhaltende Operationsverfahren in allen und nicht nur in den jüngeren Altersgruppen zugenommen haben.

Andere Behandlungsformen im Krankenhaus eher nachrangig

Gemessen an der radikalen Prostatektomie haben therapeutische Alternativen in der stationären Versorgung des Prostatakarzinoms eine nachgeordnete Bedeutung: Nach Hochrechnungen auf der Basis der BARMER GEK Daten werden bundesweit an deutschen Krankenhäusern ca. 30.000 radikale Prostatektomien, 10.000 partielle Prostatektomien, 3.000 Brachytherapien, 2.000 Chemotherapien und 1.600 perkutane Bestrahlungen durchgeführt. Die jährlichen Ausgaben für die stationäre Krankenhausversorgung des Prostatakarzinoms belaufen sich in der GKV derzeit auf ca. 365 Mio. Euro.

Die Erfahrungen von Patienten

Berichtet werden die Ergebnisse einer Befragung von Patienten mit erstmaliger Krankenhausbehandlung eines Prostatakarzinoms, ca. 1 Jahr nach Entlassung aus dem Krankenhaus. In die Befragung einbezogen wurden jüngere Betroffene (Alter zum Zeitpunkt der Befragung: 40 bis 75 Jahre). An der Patientenbefragung beteiligten sich 825 von 1.165 angezeichneten Männern (Rücklaufquote: 70,8%), die im Mittel 67,6 Jahre alt waren. Über die Hälfte der Befragten wies chronische Begleiterkrankungen auf (52,4%). Bei 8 von 10 Befragten erfolgte eine radikale Prostatektomie (bei 63,1% der Befragten während des Krankenhausaufenthalts, der zum Einschluss in die Befragung geführt hat, bei 15,2% erst bei einem nachfolgenden Krankenhaus-Aufenthalt).

Patienten berichten von hoher Komplikationsrate

Ein Fünftel (20,2%) der befragten Männer berichtet, dass es zu Komplikationen kam, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung stehen. Am häufigsten werden starke Blutungen ohne die Notwendigkeit einer Bluttransfusion (6,9%) und starke Blutungen mit der Notwendigkeit einer Bluttransfusion (4,6%) genannt. Trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit: im nationalen und internationalen Vergleich sind diese Raten hoch.

Ein Jahr nach der Erstbehandlung: häufig erektil Dysfunktion und Inkontinenz

Insgesamt zeigt sich, dass die Behandlung eines Prostatakarzinoms unabhängig von der Therapieform oft mit langfristigen Nebenwirkungen einhergeht, die insbesondere die sexuelle Funktionsfähigkeit und die Harnkontrolle betreffen. So berichten ca. 70% der Befragten, seit der Diagnose „Prostatakarzinom“ keine Erektion mehr gehabt zu haben, 15,7% der Männer leiden stark unter unfreiwilligem Urinabgang. Nach einer radikalen Prostatektomie sind diese Anteile noch höher.

Das Risiko für erektil Dysfunktion steigt statistisch signifikant mit höherem Lebensalter und dem Vorliegen von Begleiterkrankungen und wenn nicht gefäß- und nervenschonend operiert wird.

Eingeschränkte Lebensqualität ein Jahr nach der Erstbehandlung

Die Behandlung eines Prostatakarzinoms ist unabhängig von der Therapieform mit einer im Vergleich zur Referenzbevölkerung deutlichen und statistisch signifikanten Reduktion der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden. Ein Jahr nach dem erstmaligen stationären Krankenhaus-Aufenthalt bestehen deutliche Beeinträchtigungen in der emotionalen und sozialen Funktionsfähigkeit sowie durch finanzielle Schwierigkeiten im Vergleich zur altersentsprechenden bundesdeutschen Bevölkerung.

Nur jeder zweite Mann ist mit dem Ergebnis der Behandlung zufrieden

Angesichts dieser Befunde ist es nicht erstaunlich, dass nur die Hälfte der Männer (51,9%) im Nachhinein mit der Behandlung ihres Prostatakarzinoms uneingeschränkt zufrieden ist. Und, ebenfalls sehr plausibel, unzufrieden sind Männer vor allem dann, wenn auch ein Jahr nach der Behandlung Probleme beim Wasserlassen und Inkontinenz vorliegen, wenn erhebliche Beeinträchtigung der sozialen Funktion in Bezug auf Familienleben und Unternehmungen empfunden werden und wenn durch ihre Erkrankung finanzielle Schwierigkeiten entstanden sind. Ebenfalls unzufrieden sind zudem Patienten, wenn perioperative Komplikatio-

nen aufgetreten sind. Erstaunlicherweise erweist sich das Vorliegen einer erektilen Dysfunktion NICHT als Einflussfaktor auf die Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis.

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 festgestellt werden:

- Die Krankenhausversorgung insgesamt ist in den letzten zwei Jahrzehnten (1990-2011) gemessen an der durchschnittlichen und um demografische Effekte bereinigte stationären Gesamtverweilzeit betriebswirtschaftlich effizienter geworden, der ungebrochene Anstieg der Fallzahlen konterkariert jedoch politisch angestrebte Einsparungsbemühungen im stationären Sektor.
- Behandlungstage im Krankenhaus aufgrund von psychischen Störungen nehmen ungebrochen zu. Depressionen sind weiterhin für die meisten Behandlungstage im Krankenhaus verantwortlich. Konzertierte Maßnahmen der Versorgungssteuerung und -koordination sind dringend erforderlich.
- Die Zunahme der Krankenhausbehandlungen des Prostatakarzinoms in den letzten 20 Jahren ist maßgeblich durch demografische Effekte bedingt.
- Trotz der weiteren Verbreitung schonender Operationstechnik sind Komplikationsraten und das Ausmaß prostataspezifischer Beschwerden hoch.
- Unabhängig vom Therapieverfahren bestehen große Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und eine geringe Zufriedenheit mit dem Ergebnis.
- Auch wenn wir nicht wissen, zu welchem Anteil sich die im Krankenhaus wegen eines Prostatakarzinoms behandelten Männer vorher einem Screeningtest mittels Prostataspezifischem Antigen (PSA) unterzogen haben und uns auch keine Informationen zum Stadium oder der feingeweblichen Beschaffenheit des Prostatakarzinoms vorliegen: Bundesweit sind mit 3 von 4 diagnostizierten Prostatakarzinomen in einem frühen Stadium, ein hoher Anteil ist lokalisiert. Wie eine jüngst publizierte amerikanische Studie zeigt, verlängert die radikale Prostatektomie in diesen Fällen das Leben nicht. Daher sind die "Aktive Überwachung" oder das "Langfristige Beobachten" echte, nebenwirkungsärmere Alternativen. Sie sollten sehr viel stärker als bisher gegenüber den Patienten propagiert werden, zumal die Entscheidung für eine Therapie maßgeblich durch den behandelnden Urologen beeinflusst wird.

BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

Krankenhausversorgung

Prostatakarzinom

Prof. Dr. med. Eva Maria Bitzer

Pressekonferenz

24. Juli 2012, Berlin



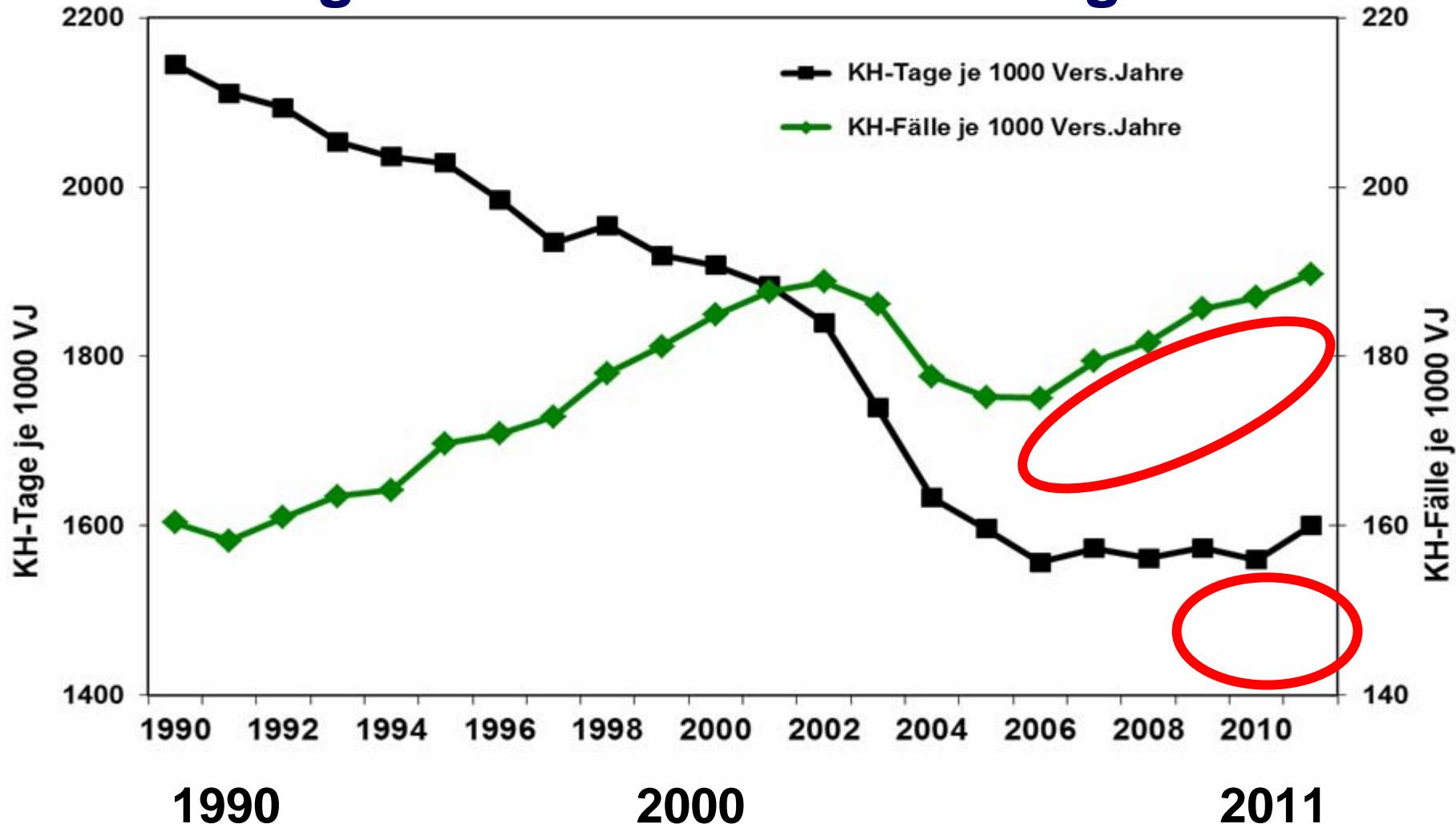
Pädagogische Hochschule Freiburg
Université des Sciences de l'Education · University of Education



Datenbasis

- **Routinedaten der BARMER GEK der Jahre 2005 bis 2011**
- **Analysen zu zeitlichen Entwicklungen**
 - ◆ Routinedaten der ehemaligen GEK 1990 bis 2011
- **Für patientenbezogene Informationen**
 - ◆ Versichertenbefragung

Weiter steigende Fallzahlen, erstmals seit 2006 wieder steigende Gesamtbehandlungszeit



■ In 2011

- ◆ Behandlungsfälle 190 pro 1.000 VJ
- ◆ Behandlungstage 1.600 pro 1.000 VJ
- ◆ Verweildauer 8,4 Tage

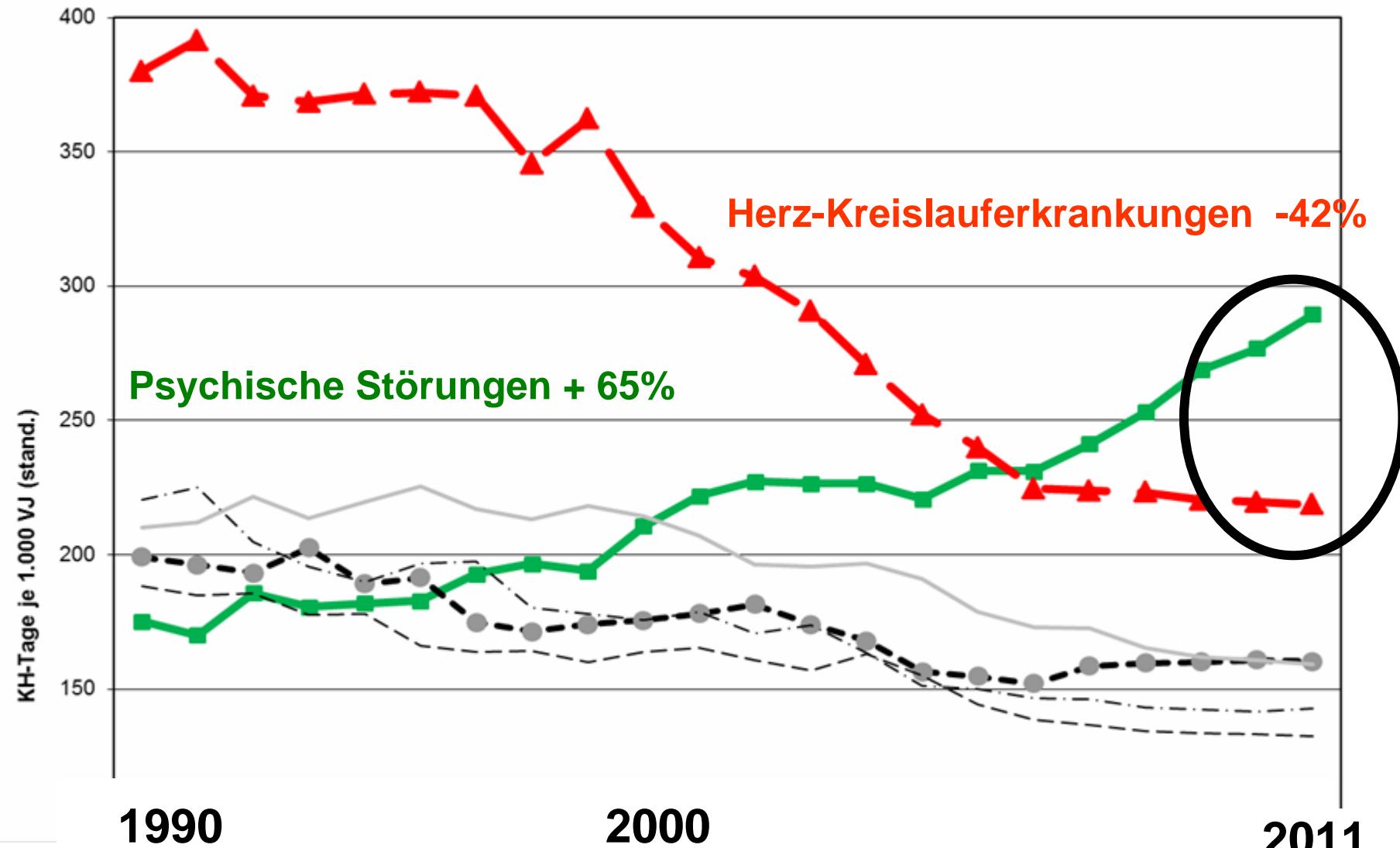
■ Im Vergleich zum Vorjahr

- ◆ Behandlungsfälle + 1,6 %
- ◆ Behandlungstage + 0,6 %
- ◆ Verweildauer - 0,9 %

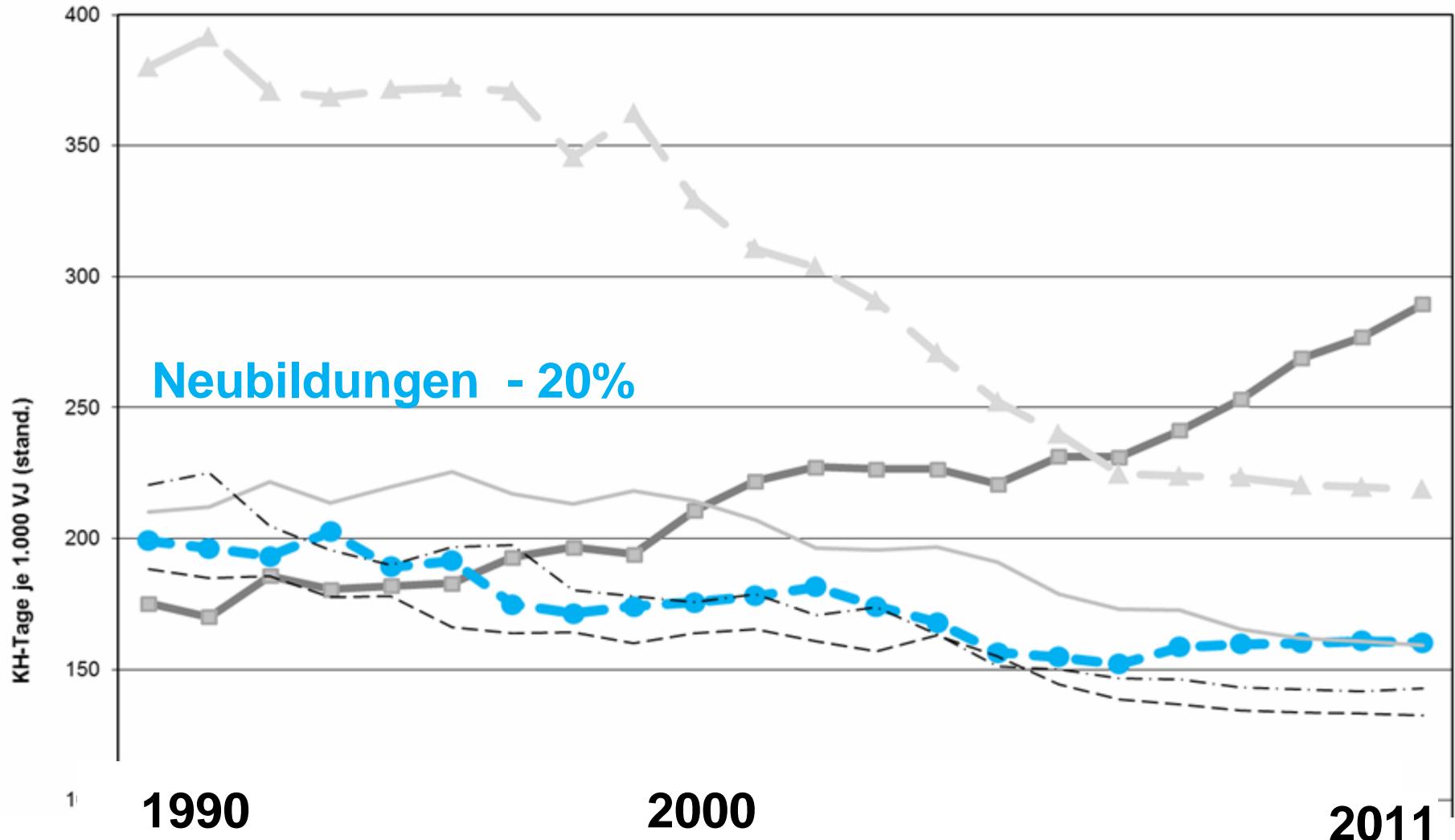
■ Seit 1990

- ◆ Fallzahlen + 18 %
- ◆ Behandlungstage - 25 %
- ◆ Verweildauer - 37 %

Behandlungsanlässe (Diagnosen) verändern sich



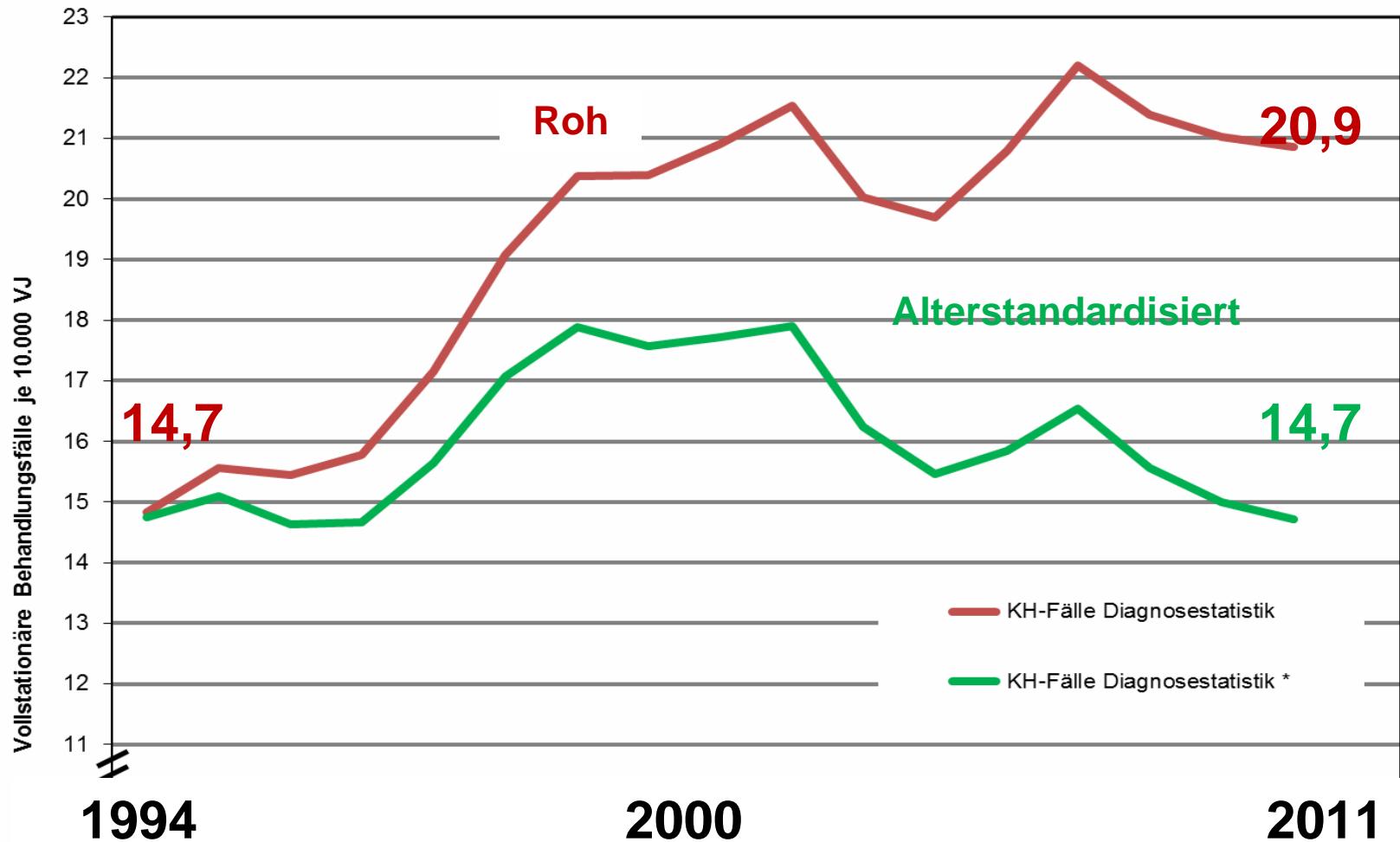
Neubildungen nehmen (alterstandardisiert) als Behandlungsanlässe ab



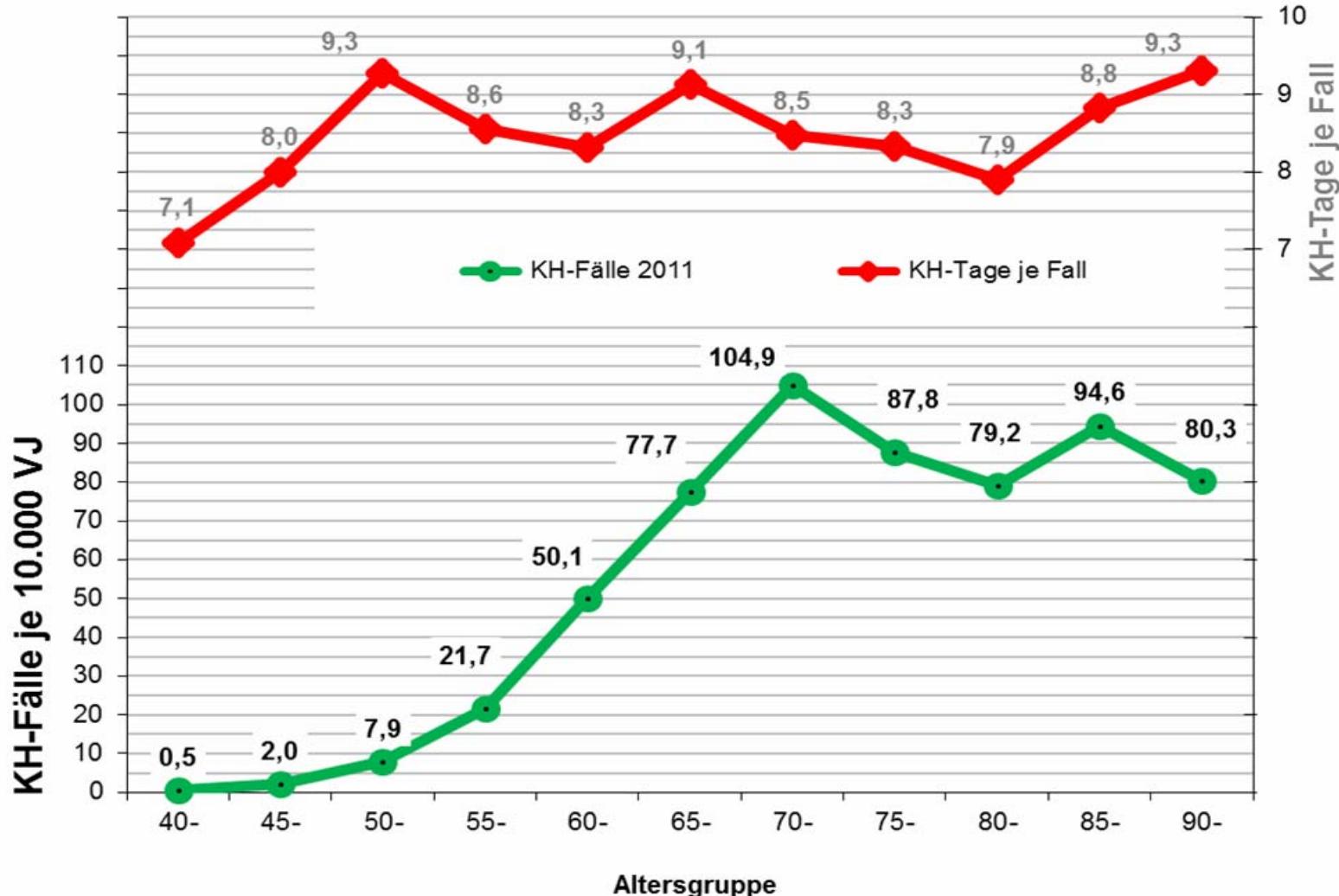
Schwerpunktthema: Prostatakarzinom

- Wie hat sich die Behandlungsrate im Krankenhaus in den letzten 20 Jahren entwickelt?
- In welchem Alter kommt es zu Krankenausaufenthalt?
- Was geschieht während der Krankenausaufenthalte?

Krankenhausfälle Prostatakarzinom 1994 bis 2011 roh und altersstandardisiert

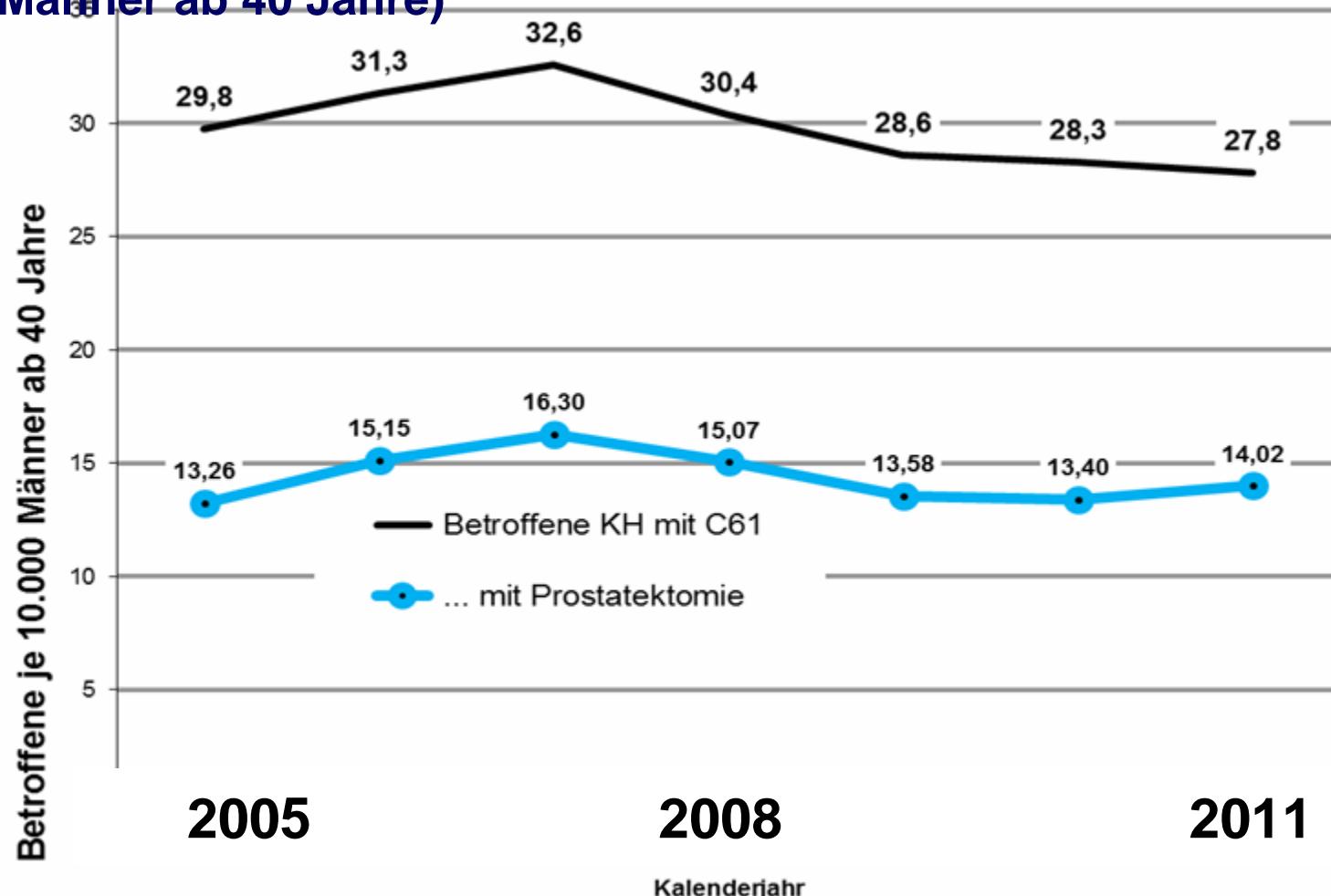


In welchem Alter kommt es zum Krankenhausaufenthalt wg. Prostatakarzinom?

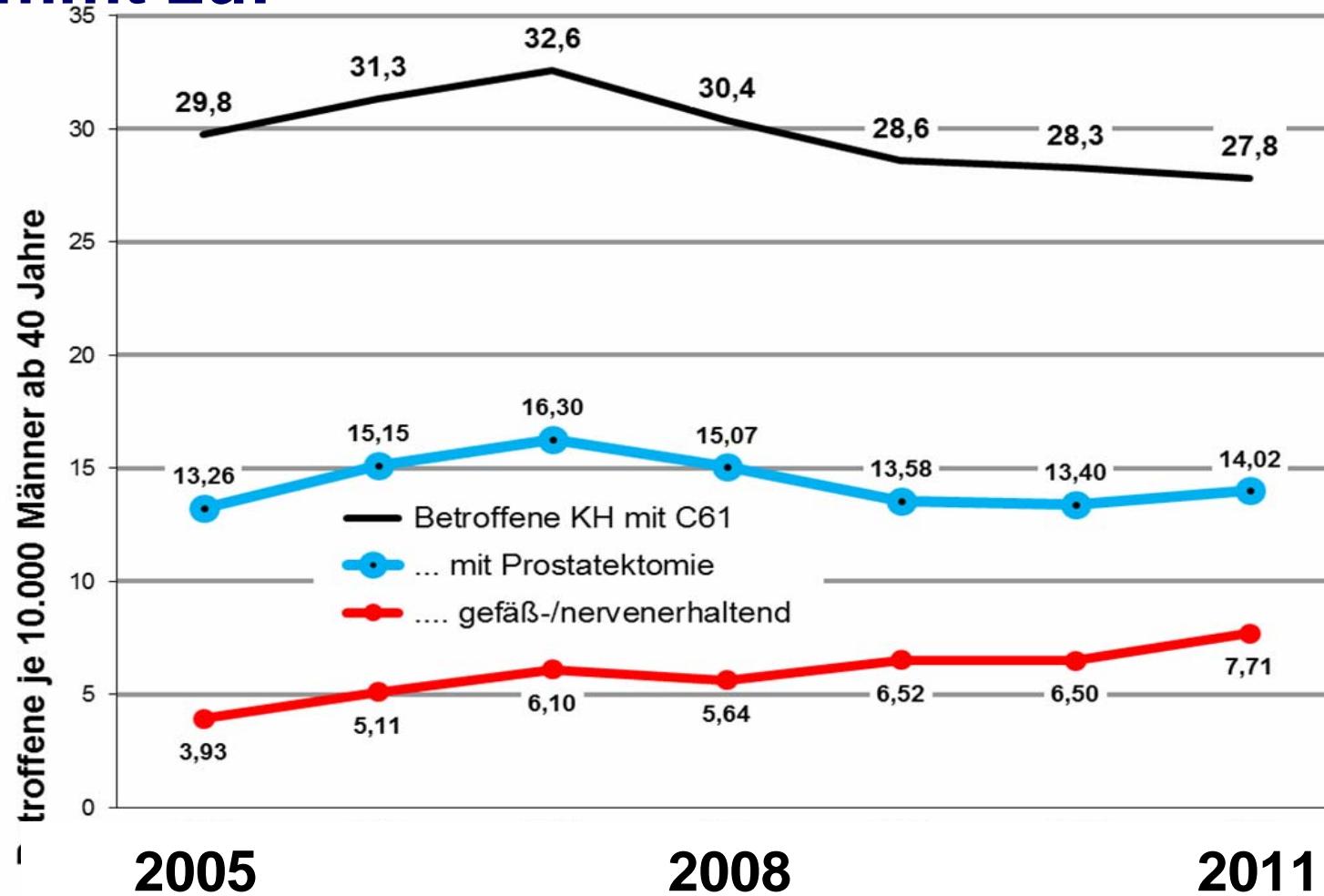


Was geschieht während eines KH-Aufenthaltes mit der Diagnose Prostatakarzinom?

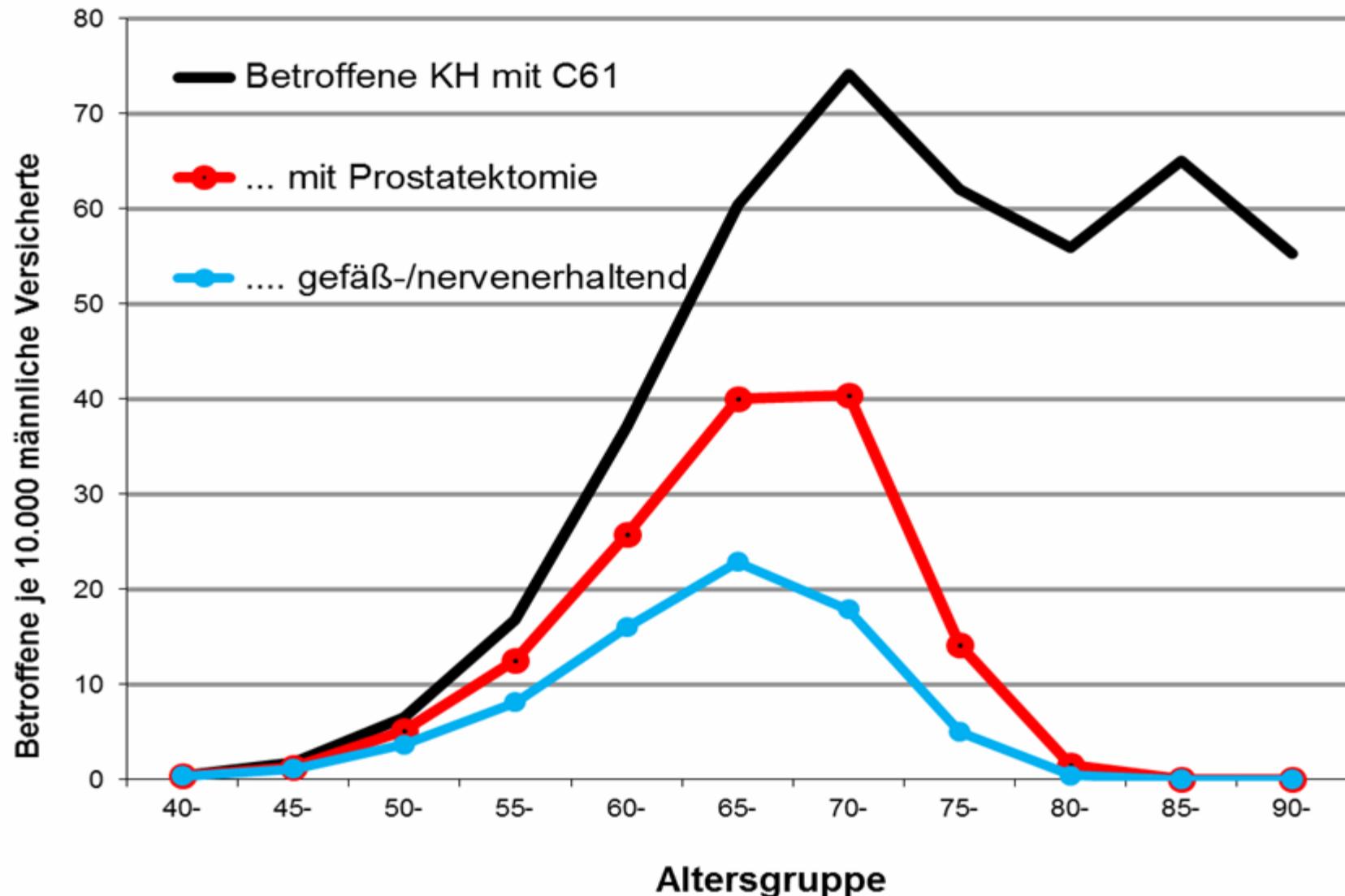
(Männer ab 40 Jahre)



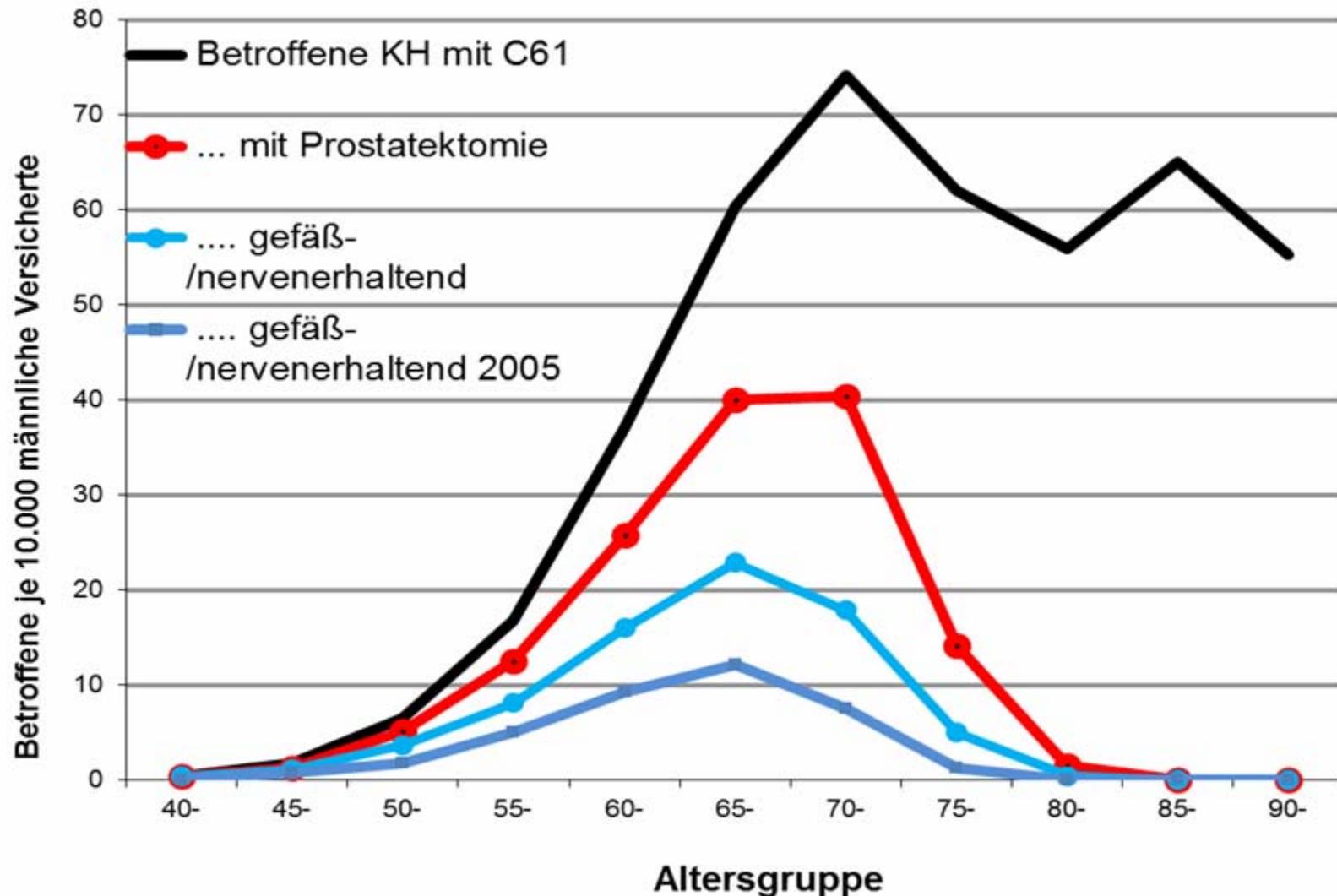
2005 – 2011: Schonende Operationstechnik nimmt zu!



In welchem Alter wird operiert?



In allen Altersgruppen: Zunahme schonender OP-Technik seit 2005



Erfahrungen der Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

- Befragung 1.165 Patienten mit erstmalig im Krankenhaus behandelten Prostatakarzinom
- ca. 1 Jahr nach Entlassung
- 70,8% Rücklauf
 - ◆ insgesamt 825 Versicherte aus vollstationärer Behandlung
 - ◆ darunter 645 mit vollständiger Entfernung der Prostata (radikale Prostatektomie)

Hohe Komplikationsrate

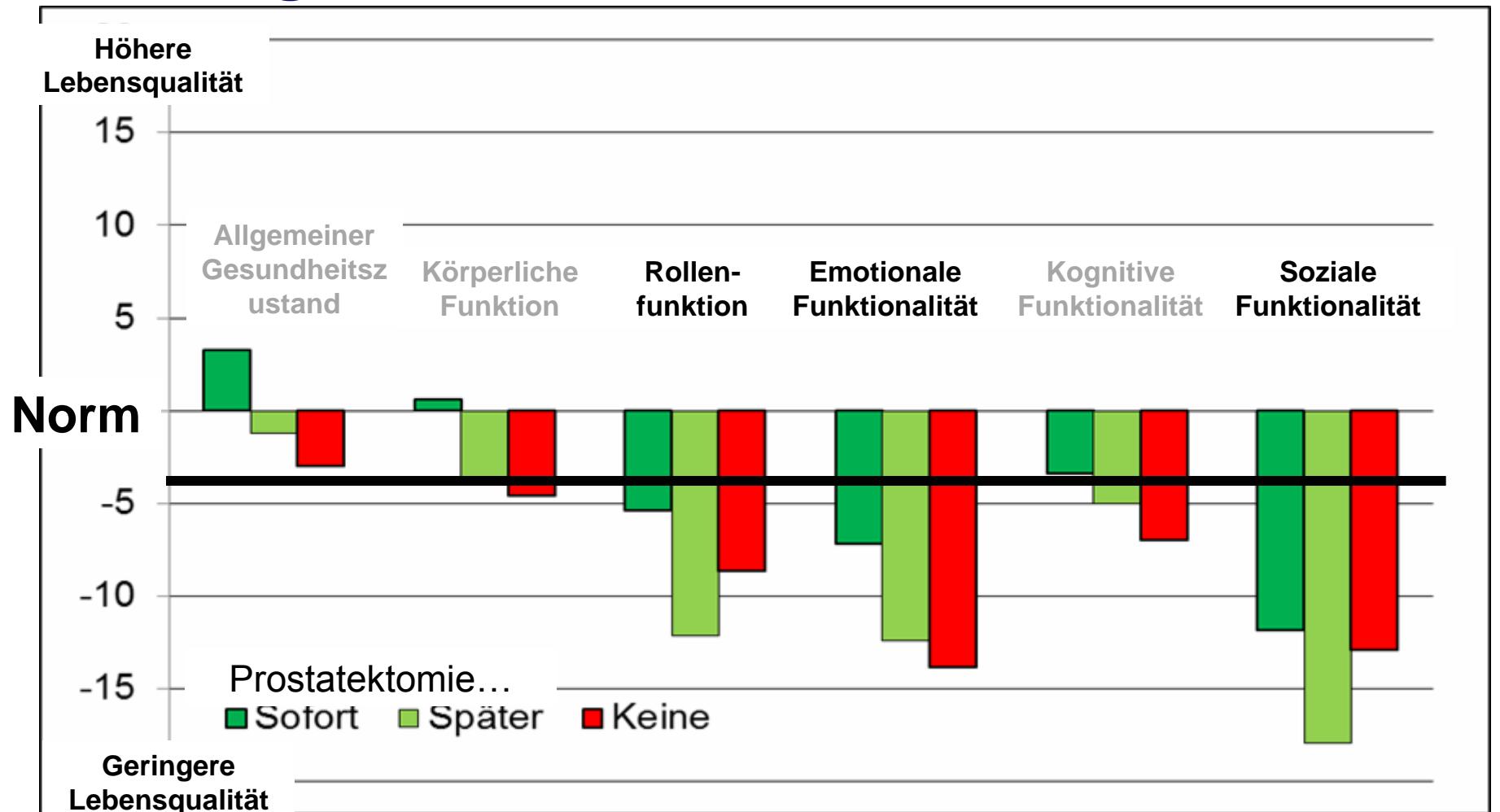
- Ein Fünftel (20,2%) der befragten Männer berichtet über Komplikationen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung.
- Am häufigsten: starke Blutungen ohne (6,9%) bzw. mit (4,6%) Notwendigkeit einer Bluttransfusion.
- Trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit: Im nationalen und internationalen Vergleich sind diese Raten hoch.



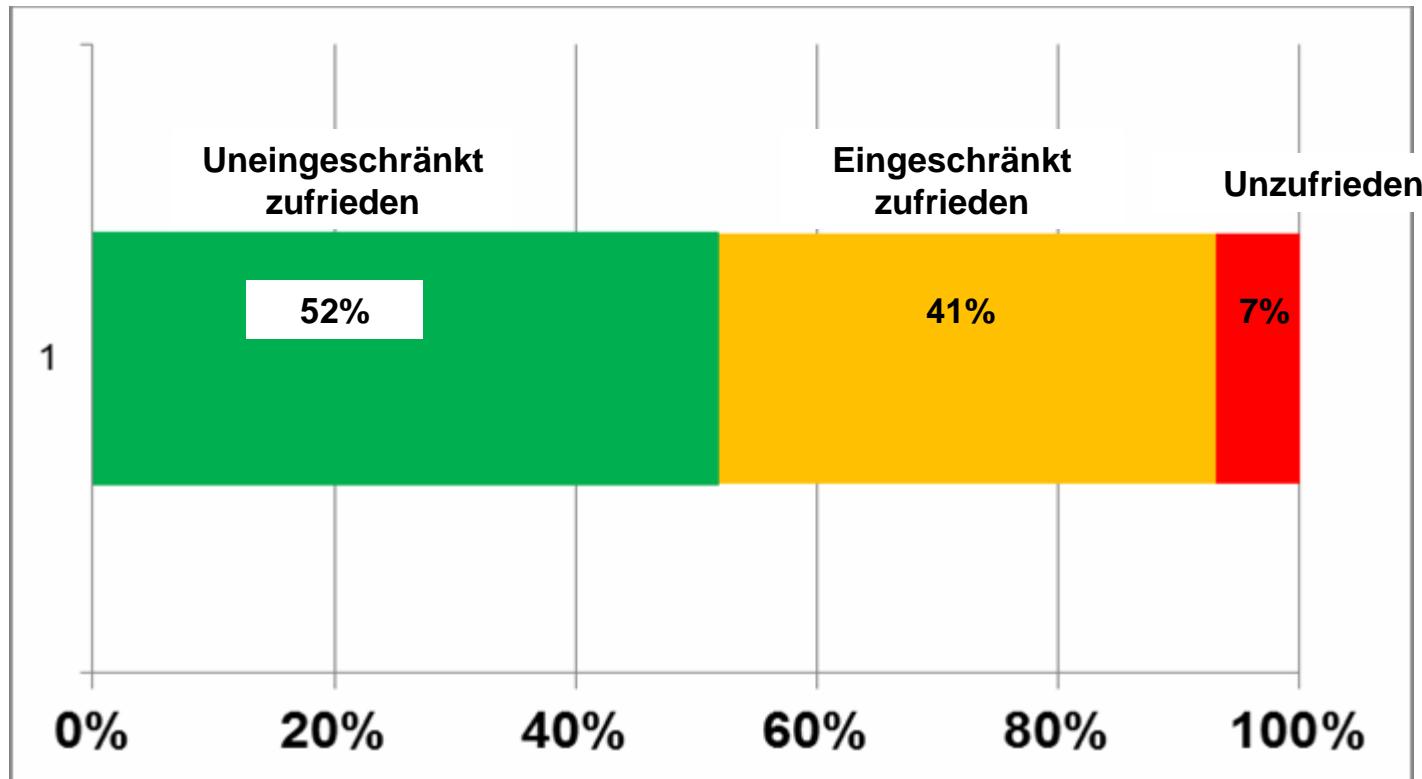
Ein Jahr nach der Erstbehandlung: häufig erektil Dysfunktion und Inkontinenz

- **Unabhängig von der Therapieform:**
 - ◆ Seit der Diagnose „Prostatakarzinom“
keine Erektion mehr gehabt 70%
 - ◆ Stark betroffen von unfreiwilligem
Urinabgang 15,7%
- **Nach einer radikalen Prostatektomie sind
diese Anteile noch höher.**
- **Das Risiko für erektil Dysfunktion steigt statistisch
signifikant mit höherem Lebensalter und dem Vorliegen
von Begleiterkrankungen und wenn nicht gefäß- und
nervenschonend operiert wird.**

Lebensqualität im Vergleich zur Referenz: stark eingeschränkt



Nur jeder zweite ist mit dem Behandlungsergebnis zufrieden



Zusammenfassung „Prostatakarzinom“

- **Die Zunahme der Krankenhausbehandlungen des Prostatakarzinoms in den letzten 20 Jahren ist maßgeblich durch demografische Effekte bedingt.**
- **Trotz eines Mehr an schonender Operationstechnik: hohe Komplikationsrate und prostataspezifische Beschwerden.**
- **Unabhängig vom Therapieverfahren bestehen große Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und eine geringe Zufriedenheit mit dem Ergebnis.**

Fazit

- **Behandlungstage im Krankenhaus aufgrund von psychischen Störungen nehmen ungebrochen zu.**
- **Depressionen sind weiterhin für die meisten Behandlungstage im Krankenhaus verantwortlich.**
- **Konzertierte Maßnahmen der Versorgungssteuerung und -koordination sind hier dringend geboten.**

Konsequenzen für die Versorgung des Prostatakarzinoms

- Bundesweit sind mit 3 von 4 diagnostizierten Prostatakarzinomen in einem frühen Stadium ein hoher Anteil lokalisiert. Wie eine jüngst publizierte amerikanische Studie zeigt, verlängert die radikale Prostatektomie in diesen Fällen das Leben nicht.
- "Aktive Überwachung" oder das "Langfristige Beobachten" sind daher echte, nebenwirkungsärmere Alternativen.
- Sie sollten sehr viel stärker als bisher gegenüber den Patienten propagiert werden, zumal die Entscheidung für eine Therapie maßgeblich durch den behandelnden Urologen beeinflusst wird.

BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

- Infografiken und Faktensammlung

Inhalt:

➤ Infografik 1

Ein Fünftel erlebt Komplikationen



➤ Infografik 2

Auch nach Prostata-OP Erektionsprobleme

➤ Infografik 3

„Zufrieden“ mit Prostata-Behandlung?

➤ Infografik 4

Zunahme der Prostatakrebsfälle allein demografiebedingt

➤ Infografik 5

Zunahme der gefäßerhaltenen Operationen

➤ Infografik 6

Prostatakrebs: Kosten für Krankenhausbehandlung stabil

➤ Infografik 7

Behandlungsarten bei Prostatakrebs

➤ Infografik 8

Prostatakrebs: Alter für Krankenhausverweildauer wenig maßgeblich

➤ Infografik 9

So oft im Krankenhaus wie nie zuvor

➤ Infografik 10

Verweildauer im Krankenhaus sinkt weiter

➤ Infografik 11

Anteil psychisch bedingter Krankenhausaufenthalte weiter steigend

➤ Infografik 12

Immer mehr mit psychischen Erkrankungen im Krankenhaus

➤ Infografik 13

Weswegen und wie lange im Krankenhaus?

➤ Infografik 14

Krankenhaus-Diagnosen-Top 20

➤ Infografik 15

Krankenhaustage-Top 20

➤ Infografik 16

Relativ hohe Krankenhausausgaben für Alte – und ganz Junge

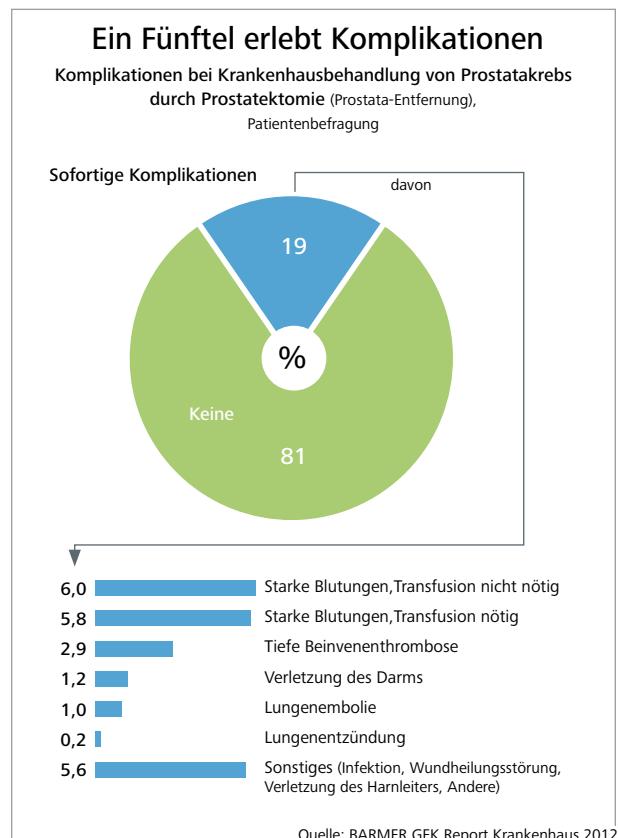
➤ Infografik 17

In NRW bleibt man länger im Krankenhaus

➤ Faktensammlung

Trends und Kennzahlen zum vollstationären Versorgungsgeschehen

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



Zurück zum Inhalt



Auch nach Prostata-OP Erectionsprobleme

Auftretende Beeinträchtigungen nach Prostatektomie (Prostata-Entfernung)
ein Jahr nach Krankenhausaufenthalt

Hohe Beeinträchtigung...

...durch Inkontinenz:

	bei ...%	der Betroffenen
Unfreiwilliger Urinabgang	16	(Patientenbefragung)
Mehr als 5 Vorlagen pro Tag nötig	4	

...durch eraktile Dysfunktion:

Keine Erektion in den letzten 7 Tagen	80
Keine Erektion seit Diagnose Prostatakrebs	73

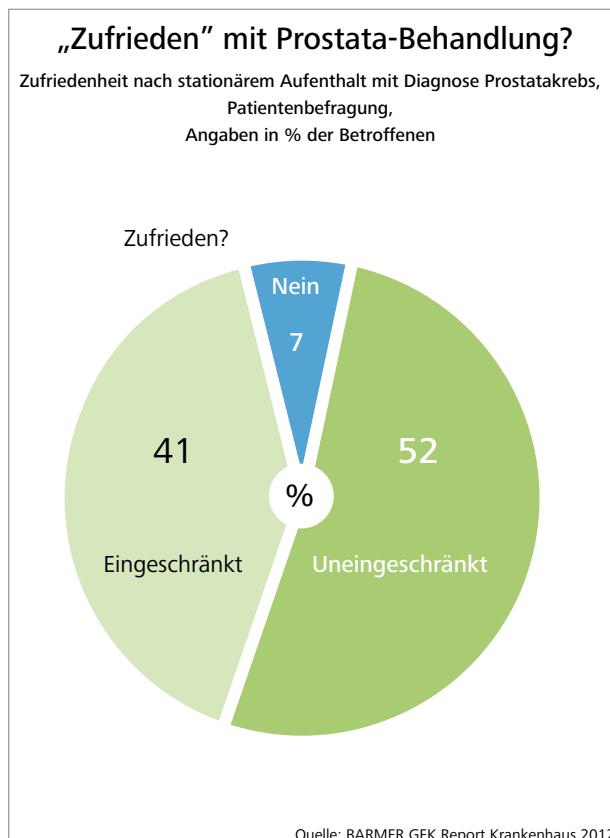
...der Sexualität:

Abnahme sexueller Aktivität	74
Unzufriedenheit mit der Sexualität	63
Nachlassendes Vergnügen an sex. Aktivität	60
Nachlassendes sexuelles Interesse	54

Quelle: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

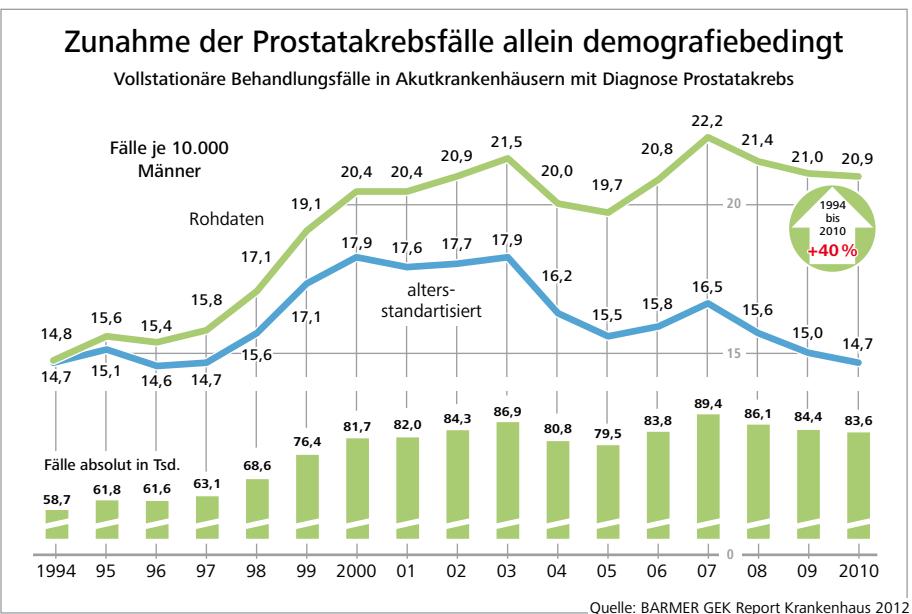
Zurück zum Inhalt





[Zurück zum Inhalt](#)





[Zurück zum Inhalt](#)



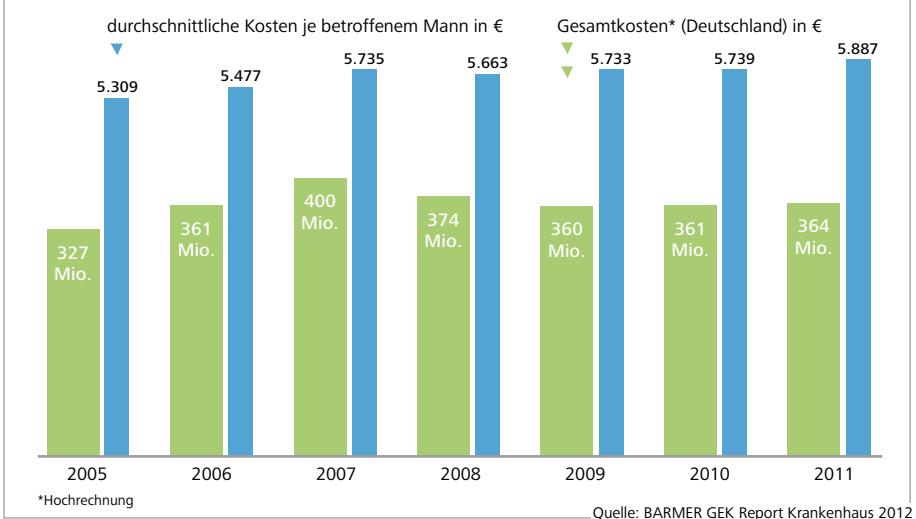


[Zurück zum Inhalt](#)



Prostatakrebs: Kosten für Krankenhausbehandlung stabil

Männer ab 40 Jahren mit vollstationärer Krankenhausbehandlung bei Diagnose Prostatakrebs

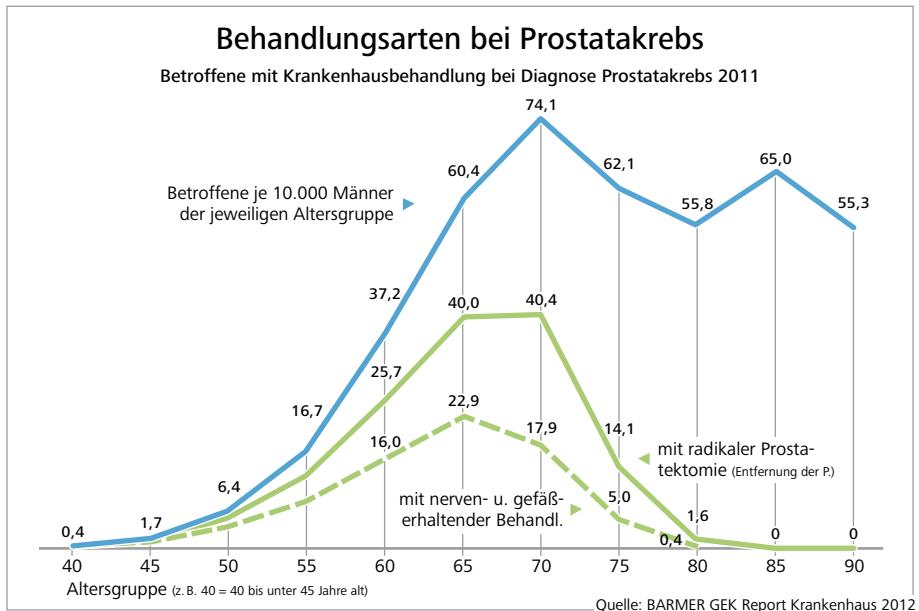


Quelle: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

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.



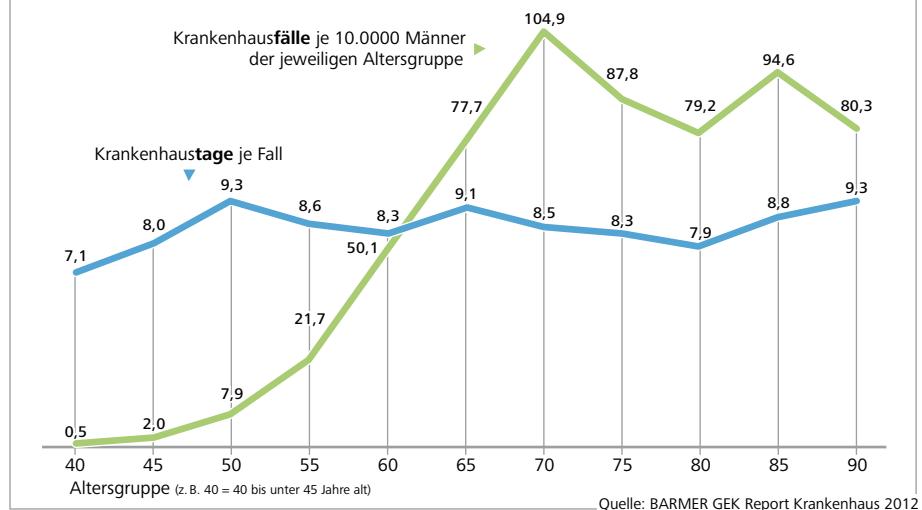
Zurück zum Inhalt



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.

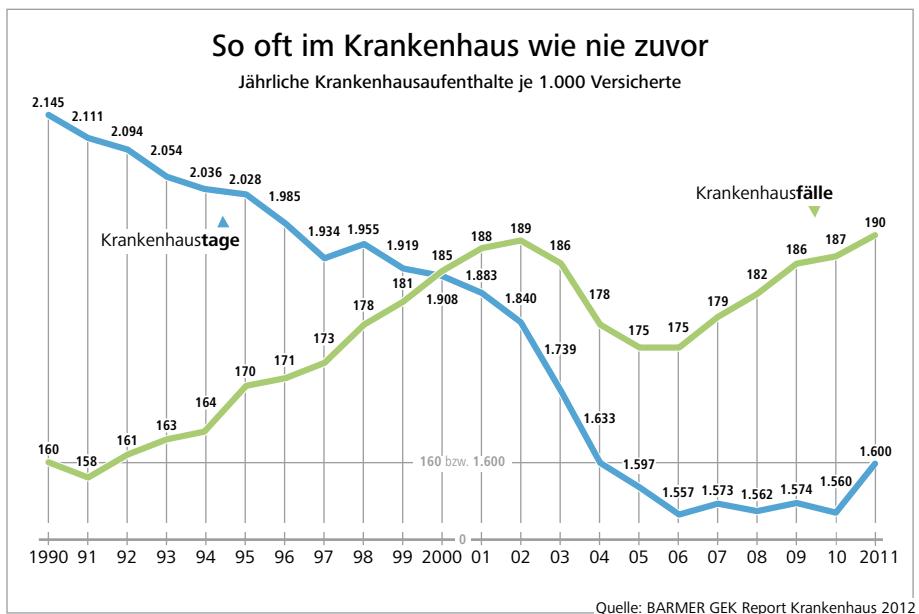
Prostatakrebs: Alter für Krankenhausverweildauer wenig maßgeblich

Vollstationäre Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern mit Diagnose Prostatakrebs 2011



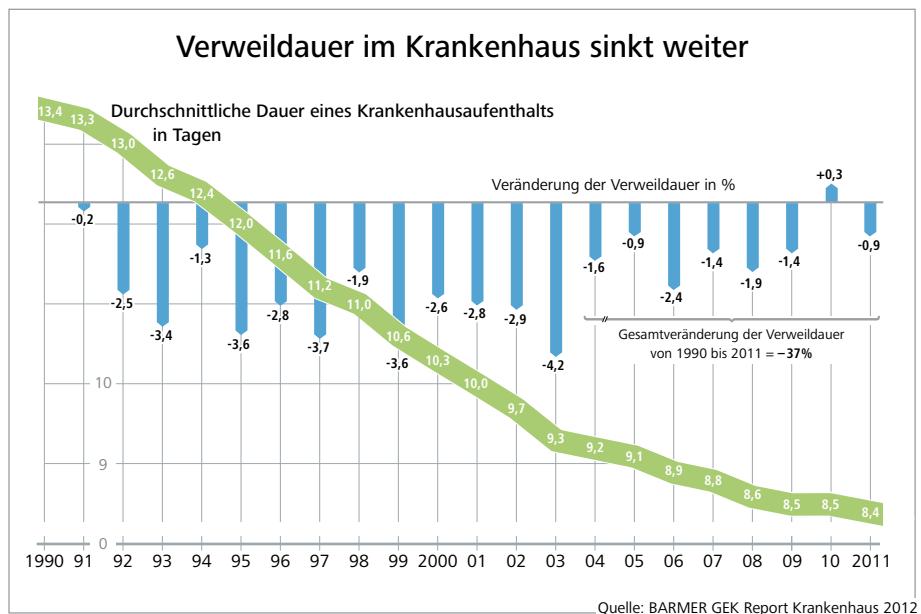
Zurück zum Inhalt





Zurück zum Inhalt

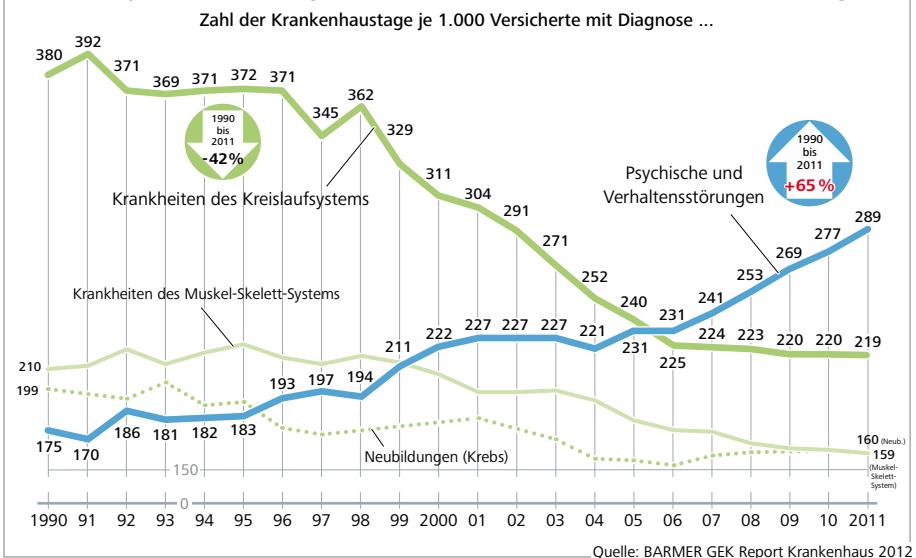




[Zurück zum Inhalt](#)

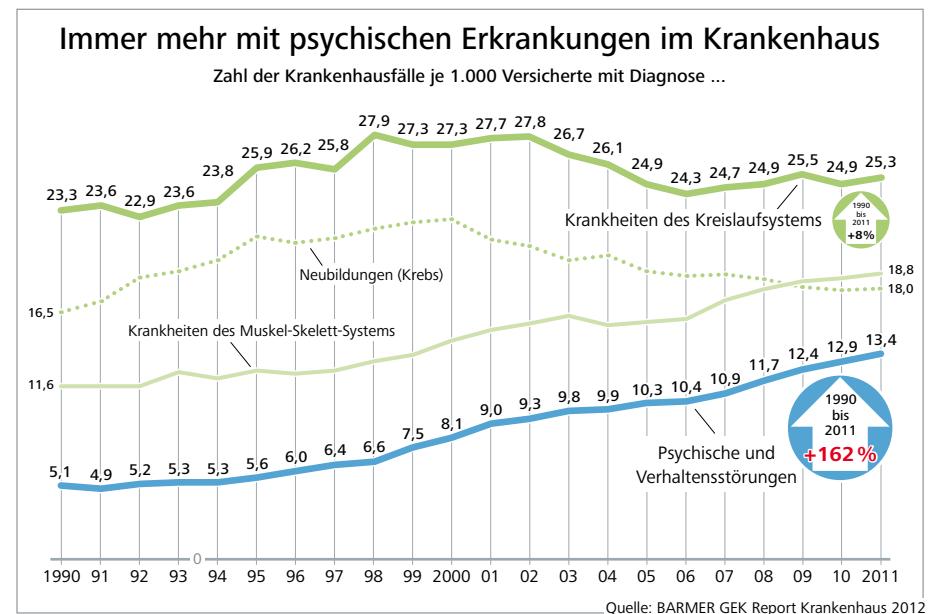


Anteil psychisch bedingter Krankenhausaufenthalte weiter steigend



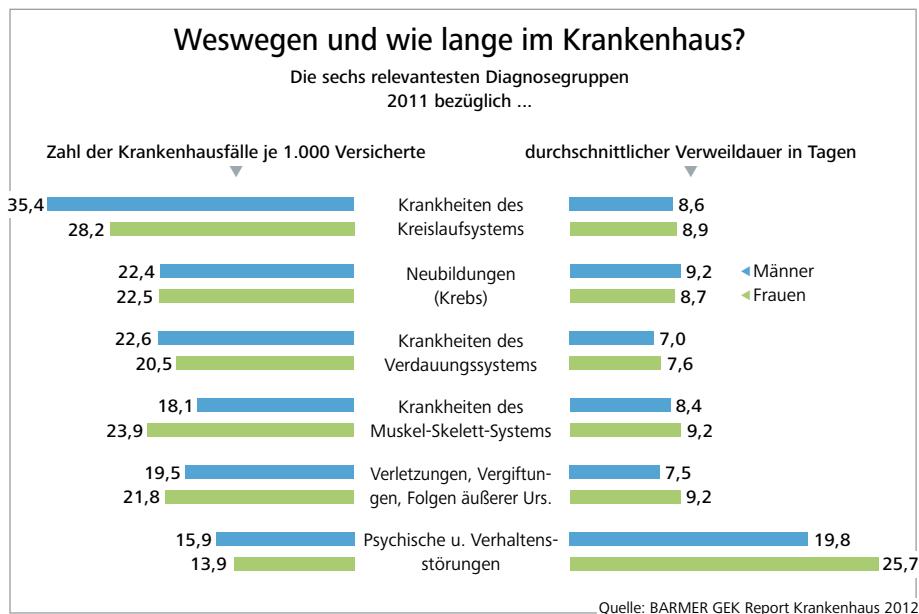
Zurück zum Inhalt





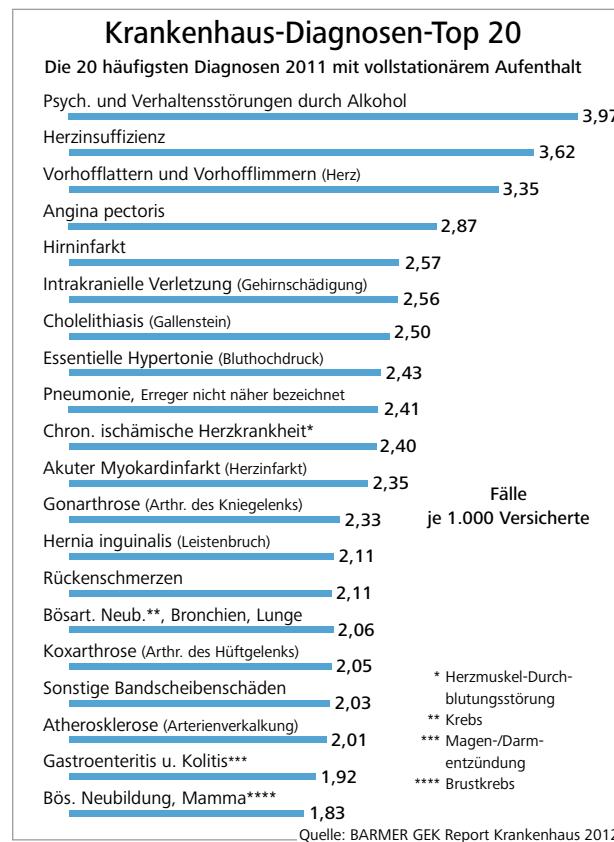
[Zurück zum Inhalt](#)





Zurück zum Inhalt





Zurück zum Inhalt





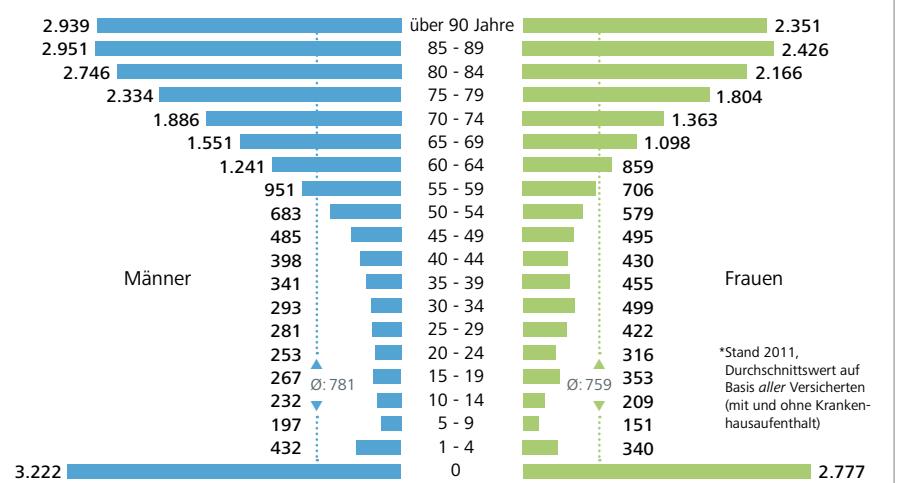
[Zurück zum Inhalt](#)



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.

Relativ hohe Krankenhausausgaben für Alte – und ganz Junge

Jährliche Kosten* vollstationärer Krankenhausbehandlungen je Versicherten nach Alter in €



Quelle: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

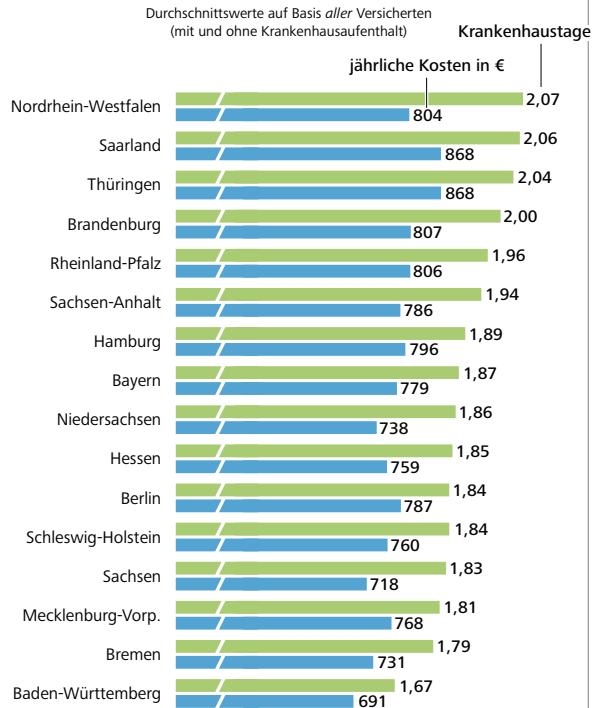
Zurück zum Inhalt



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.

In NRW bleibt man länger im Krankenhaus

Verweildauer im Krankenhaus und Kosten pro Versicherten 2011



Quelle: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012

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.

Trends und Kennzahlen zum vollstationären Versorgungsgeschehen

- Seit Anfang der Neunzigerjahre sind die **Krankenhausfallzahlen** – mit einer kurzen Unterbrechung – auf 190 Fälle je 1000 Versicherte in 2011 angestiegen. Im selben Zeitraum nahm die **Verweildauer** je Fall kontinuierlich ab von 13,4 auf 8,4 Tage.
- Krankenhausaufenthalte sind stark altersabhängig: Bei **Männern** gibt es einen exponentiellen Anstieg der Inanspruchnahme (häufiger & länger). **Frauen** verweilen insgesamt durch Aufenthalte in den mittleren Jahren etwas häufiger und länger im Krankenhaus.
- Behandlungszeiten unter der Diagnose von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** haben in den vergangenen 20 Jahren **um 42 Prozent abgenommen**, die unter der Diagnose von **psychischen Störungen** dagegen seit 1990 **um 65 Prozent zugenommen**. Nach Leistungstagen dominieren die psychischen Erkrankungen, auf die mehr Tage zusammenkommen als bei Krebs- oder Kreislauferkrankungen (seit 2011 auch bei Männern).
- Die **Top 20 nach Fällen** wird von der F10-Diagnose (**Psychische Störungen durch Alkohol**) angeführt, danach folgen mehrere Diagnosen zu Herz-Kreislauferkrankungen. Die **Top 20 nach Tagen** wird dominiert von **Psychischen Störungen**, auf den ersten beiden Plätzen liegen Depressionsdiagnosen.
- Im Jahr 2011 belaufen sich die **Krankenhausausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** auf rund 58,6 Milliarden Euro. Das ist ein Anstieg von 3,4 Prozent je Versicherten gegenüber dem Vorjahr (2010: 56,8 Mrd. Euro). Der Anteil an den GKV-Gesamtausgaben liegt damit bei 35 Prozent.
- Die **Krankenhausausgaben der BARMER GEK** betrugen im Jahr 2011 rund 7,2 Milliarden Euro, was einem Anstieg von rund 3,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht (2010: 6,9 Mrd. Euro). Der Anteil an den Gesamtausgaben der BARMER GEK lag damit bei 33,5 Prozent.
- Davon haben die **bösartigen Neubildungen (Krebs)** rund 860 Millionen Euro ausgemacht. Insgesamt wurden rund 212.000 Krebsfälle mit durchschnittlichen Kosten von rund 4.050 Euro stationär behandelt. Mit einem Gesamtvolumen von rund 38 Millionen Euro entfallen 4,4 Prozent der BARMER GEK Ausgaben für stationäre Krebsbehandlung auf die Diagnose „Bösartige Neubildungen der Prostata“.

