PRESSEMITTEILUNG

BARMER GEK Arztreport 2015

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 19. Februar 2015

Teilnehmer:

Dr. med. Christoph Straub
Vorsitzender des Vorstandes, BARMER GEK

Dr. med. Thomas Grobe
Projektleiter BARMER GEK Arztreport, Aqua-Institut, Göttingen

Sunna Gieseke
Unternehmenssprecherin der BARMER GEK (Moderation)

➔ PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer-gek.de/presse
presse@barmer-gek.de

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

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer-gek.de

BARMER GEK

PRESSEMITTEILUNG

Berlin, 19. Februar 2015

BARMER GEK Arztreport 2015

Kassen wollen neuen Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bezahlen

Frauen in Deutschland sollen künftig von ihrer Krankenkasse einen innovativen Test bezahlt bekommen, damit ein großer Teil der Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs vermieden werden kann. Der BARMER GEK Vorstandsvorsitzende Dr. Christoph Straub begründete seine Forderung mit Hinweisen auf eine Überlegenheit des sogenannten HPV-Tests gegenüber bisherigen Methoden. Der Test erkennt humane Papillomaviren, die als der wichtigste Risikofaktor für den Gebärmutterhalskrebs gelten. „Dieser Test ist sensitiver und erkennt bösartige Zellveränderungen früher als die seit Jahrzehnten von der Kasse bezahlte Abstrichuntersuchung. Es gibt genügend Hinweise für seinen Nutzen, so dass wir darauf ein neues Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs aufbauen können“, sagte Straub bei der Vorstellung des BARMER GEK Arztreports 2015 heute in Berlin. Jährlich erkranken in Deutschland rund 5.000 Frauen neu an Gebärmutterhalskrebs, etwa 1.600 Frauen sterben daran.

Voraussetzung für den neuen Test auf Kassenkosten wäre eine positive Bewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Das Gremium muss seine Richtlinie zu den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ohnehin bis April nächsten Jahres anpassen. Der Gesetzgeber hatte den G-BA im Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz beauftragt, die Krebsfrüherkennungsrichtlinie so zu ändern, dass mehr Frauen von den Untersuchungen profitieren können. Bislang verhindern unterschiedliche Vorstellungen von Ärzten und Kassen über das künftige Screening auf Gebärmutterhalskrebs jedoch eine Änderung. Die Ärzte wollen an dem konventionellen Test festhalten, für den die Frauen zukünftig alle zwei Jahre in die Arztpraxis kommen müssten. Der von den Kassen vorgeschlagene HPV-Test wäre dagegen nur alle fünf Jahre notwendig. Es stelle sich die Frage, warum Ärzte Frauen so oft in die Praxis einbestellen wollten, obwohl es sinnvollere medizinische Alternativen gebe, so Straub. Allein für die

➔ PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer-gek.de/presse
presse@barmer-gek.de

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

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer-gek.de

BARMER GEK

Früherkennungsuntersuchungen bezahlen die Krankenkassen derzeit jährlich etwa 380 Millionen Euro. Für ein rein auf dem HPV-Test basierendes Screening rechnen die Kassen mit 436 Millionen Euro jährlich.

Eine halbe Million Betroffene

Auf dem Höhepunkt dieser Diskussion liefert der diesjährige Arztreport der BARMER GEK eine Schwerpunktanalyse zur Versorgung bei Gebärmutterhalskrebs in Deutschland. Auf der Basis von Abrechnungsdaten von über acht Millionen Versicherten der BARMER GEK haben Wissenschaftler des Aqua-Institutes Göttingen unter anderem analysiert, wie häufig diese Krebsart in Deutschland auftritt, wie die Früherkennung genutzt wird und wie sich die Behandlung des sogenannten Zervixkarzinoms und seiner Vorstufen verändert hat. Dabei zeigten sich gegenläufige Tendenzen. Auf der einen Seite sank zwischen den Jahren 2002 und 2012 die Sterblichkeit aufgrund von Gebärmutterhalskrebs um 16 Prozent. Zugleich ist die Zahl der Behandlungen im Krankenhaus gesunken. Während es im Jahr 2000 noch 51,5 Fälle je 100.000 Frauen waren, sind im Jahr 2012 nur noch 35,5 Fälle gezählt worden – ein knappes Drittel weniger. Andererseits sei der Anteil der Frauen gestiegen, bei denen ein Zervixkarzinom oder eine Vorstufe davon dokumentiert wurde. Seit dem Jahr 2005 ist ihr Anteil um ein Drittel gewachsen. Für das Jahr 2013 gehen die Studienautoren für Deutschland von 77.000 Frauen aus, die mit der Diagnose Zervixkarzinom leben müssen. Weitere knapp 60.000 waren an einer lokal begrenzten Form des Krebses erkrankt. Wesentlich häufiger sind Diagnosen von Fehlbildungen von Zellen des Gebärmutterhalses dokumentiert, die als Vorstufe einer Krebserkrankung gelten. Hier gehen die Forscher von 364.000 Fällen im Jahr 2013 aus.

Ausgaben für ambulante Behandlung erneut gestiegen

Für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland verzeichnet der BARMER GEK Arztreport neue Rekorde. So habe sich die Zahl der Behandlungsfälle je Person im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr um 2,8 Prozent auf 8,44 erhöht. „Patienten haben also etwas mehr als zwei unterschiedliche Ärzte in einem Quartal aufgesucht“, so Studienautor Dr. Thomas Grobe vom Aqua-Institut Göttingen. Im Jahr 2013 zeigten sich beträchtliche Unterschiede in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

zwischen den Regionen, Geschlechtern und Altersgruppen. Die Behandlungskosten lagen im Jahr 2013 bei 505,24 Euro pro Versichertem und damit um 3,4 Prozent höher als noch im Jahr zuvor.

Daten aus dem BARMER GEK Arztreport 2015

- **Facharztgruppen**

Insgesamt 34,5 Prozent aller ambulanten Behandlungsfälle wurden 2013 von allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausärzten abgerechnet. Ihr Anteil an der Vergütung lag bei 31,7 Prozent. Ein einzelner Behandlungsfall beim Hausarzt verursachte Kosten von 55 Euro. Fallbezogen die höchsten Kosten weisen mit 403 Euro die psychologischen Psychotherapeuten auf (Report S. 68 ff.).

- **Regionale Variationen**

Für Bremen, Hamburg und Berlin zeigten sich erneut überdurchschnittlich hohe versichertenbezogene ambulante Kosten. Auch in Bayern lagen die geschlechts- und altersstandardisierten Behandlungskosten sechs Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Alle neuen Bundesländer kommen demgegenüber auf Behandlungskosten unterhalb des Bundesdurchschnitts (S. 79 ff.).

- **Diagnosen**

2013 wurden auf Basis einer Hochrechnung der BARMER GEK Daten je Person in der ambulanten ärztlichen Behandlung 32 formal gültige Diagnoseschlüssel dokumentiert. Dies entspricht hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung insgesamt 2,63 Milliarden Diagnoseschlüsseln. Je Person wurden im Jahr 2013 durchschnittlich zehn unterschiedliche Diagnoseangaben im Sinne von Erkrankungen erfasst (S. 99 ff.).

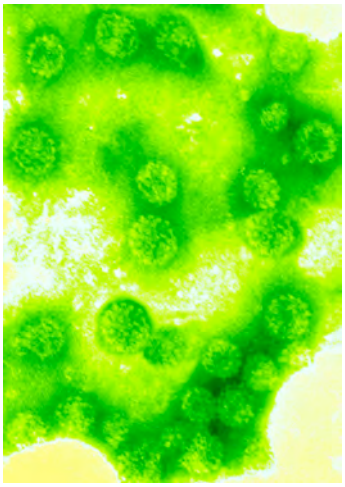
- **Gebärmutterentfernung**

Zu den häufigsten Operationen bei Frauen zählen weiterhin vollständige Entfernungen der Gebärmutter. Ihre Zahl sank zwischen 2006 und 2013 um etwa 30 Prozent auf rund 100.700. Weiterhin sind diese Eingriffe in unterschiedlichen Regionen Deutschlands sehr unterschiedlich häufig (S. 200 ff.).

- **HPV-Impfung**

Entsprechend den seit März 2007 gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission wurden bislang Frauen aus dem Jahrgang 1996 am häufigsten gegen humane Papillomaviren (HPV) geimpft. Bis Ende 2013 erhielten 55 Prozent mindestens eine HPV-Impfdosis, bis Ende 2014 dürften knapp 60 Prozent geimpft worden sein. Für die folgenden Jahrgänge ist mit höheren Impfraten zu rechnen, in Sachsen-Anhalt sind Impfraten oberhalb von 80 Prozent zu erwarten (S. 259 ff.).

Service für Redaktionen



Humane Papillomaviren sind der wichtigste nicht-genetische Risikofaktor für Gebärmutterhalskrebs.

Seit dem Jahr 2014 empfiehlt die Ständige Impfkommission bereits Mädchen zwischen neun und 14 Jahren die Impfung gegen HP-Viren.

Als Quellenhinweis nutzen Sie bitte „dpa picture alliance“.

Mehr Informationen, Grafiken und Radiomaterial
www.barmer-gek.de/545424

Statement

Kassen wollen HPV-Test zur Früherkennung
von Gebärmutterhalskrebs übernehmen
Krebsfrüherkennungsrichtlinie zügig weiterentwickeln

von Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des Arztreports 2015 der BARMER GEK
am 19. Februar 2015 in Berlin

BARMER GEK

Wir präsentieren Ihnen heute den neuen Arztreport der BARMER GEK. Neben allgemeinen Trends der ambulanten ärztlichen Versorgung widmen wir uns darin intensiv einer speziellen Form bösartiger Neubildungen, dem Gebärmutterhalskrebs bzw. Zervixkarzinom. Das mag auf den ersten Blick verwundern, denn es gibt Krebsarten, die weitaus häufiger auftreten. Wenn wir uns damit dennoch im Rahmen der Versorgungsforschung auseinandersetzen, hat dies einen guten Grund: Es gibt in der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses neue Optionen. Aktuell findet eine intensive Diskussion darüber statt, wie diese Möglichkeiten in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie berücksichtigt werden sollen. Daten der Versorgungsforschung helfen, diese Debatte voranzubringen, indem sie ein realistischeres Bild der Versorgung zeigen.

Zum besseren Verständnis einige einordnende Sätze, die Ihnen die heutige Situation verdeutlichen. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind in Deutschland seit 1971 Kassenleistung. Was im Einzelnen für die Früherkennung von Krebserkrankungen durch die Krankenkassen finanziert wird, regelt eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dazu zählt bei Frauen unter anderem die Abstrichuntersuchung, auch bekannt als Pap-Test, so genannt nach seinem Erfinder, dem griechischen Arzt George Papanicolaou. Ziel des Tests ist es, Vorstufen eines Gebärmutterhalskrebses zu finden, im günstigsten Fall so rechtzeitig, dass eine gezielte Therapie die Erkrankung heilen kann. Jährlich haben 30 Millionen Frauen in Deutschland Anspruch auf die Untersuchung. Etwa die Hälfte der Frauen geht jährlich, etwa 70 Prozent der Frauen nutzen sie innerhalb von drei Jahren. Allein für diese Untersuchungen zahlen die Kassen jährlich rund 380 Millionen Euro.

Zahl der Sterbefälle wegen Zervixkarzinom sinkt

Gebärmuterhalskrebs ist heute in Deutschland als Todesursache gegenüber anderen Krebsformen bei Frauen relativ selten. Allein in den zehn Jahren von 2002 bis 2012 sank die Sterblichkeit um 16 Prozent. Jährlich sterben etwa 1.600 Frauen, bei 5.000 Neuerkrankungen. Richtig bewusst wird die Dimension dieser Entwicklung im internationalen Vergleich. Nur wenige Staaten wie die Schweiz oder Finnland können eine noch geringere erkrankungsspezifische Sterblichkeit vorweisen. Zugleich sinkt die Zahl der Behandlungsfälle von Zervixkarzinomen im Krankenhaus. Während im Jahr 2000 noch 51,6 Fälle je 100.000 Frauen gezählt wurden, waren es im Jahr 2012 nur noch 35,5 Fälle, also ein knappes Drittel weniger. Wird das Zervixkarzinom rechtzeitig erkannt, haben Patientinnen sehr gute Heilungschancen.

Unsere Daten zeigen in einer repräsentativen Hochrechnung jedoch auch, dass in Deutschland der Anteil der von Zervixkarzinomen betroffenen Frauen steigt, und zwar um ein Drittel seit dem Jahr 2005. Für das Jahr 2013 schätzen wir auf Basis einer Hochrechnung unserer Daten, dass bei knapp 130.000 Frauen ein Zervixkarzinom dokumentiert wurde, darunter etwa 60.000 lokal begrenzte Fälle. Wesentlich häufiger wurden Fehlbildungen bei Zellen des Gebärmutterhalses erkannt. Allein im Jahr 2013 wurden etwa 364.000 Fälle dokumentiert.

Anpassung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie bis 2016

Mit dem Anfang 2013 in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz will der Gesetzgeber ermöglichen, dass die Krebsfrüherkennung mehr Menschen erreicht und die Behandlung von Krebs verbessert wird. Der Nationale Krebsplan bildet hierfür die gesetzliche Grundlage und verfolgt mit 13 Zielen die Absicht, die Krebsfrüherkennung in Deutschland zu verbessern. Speziell für den Gebärmutterhalskrebs soll dabei in Anlehnung auch an europäische Leitlinien eine weitreichende Änderung der bisherigen Screeningverfahren erfolgen. Dazu beitragen soll unter anderem, dass Versicherte künftig zu den Früherkennungsuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs eingeladen werden – genauso wie übrigens auch zu denen für Darmkrebs. Bis Ende April 2016 hat nun der Gemeinsame Bundesausschuss Zeit, seine Krebsfrüherkennungsrichtlinie entsprechend zu ändern. Im Zentrum steht dabei ein Wechsel von einer individuellen Vorsorge hin zu einem bevölkerungsbasierten Einladungsverfahren durch die Krankenkassen. Es bliebe also nicht mehr nur der Eigeninitiative der Frauen allein überlassen, ob die Chance zur Früherkennung genutzt wird. Mit dem Wechsel zu einem populationsbasierten Verfahren sollen vor allem ältere und sozial schwächere Frauen besser erreicht werden.

Bereits im Jahr 2012 hatte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in hochwertigen wissenschaftlichen Studien Hinweise dafür gefunden, dass mit Hilfe eines Tests auf humane Papillomaviren (HPV) Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses früher erkannt und behandelt werden können. Der HPV-Test weist anhand molekularer Strukturen nach, ob eine Infektion mit humanen Papillomaviren stattgefunden hat. Allerdings sind diese Viren recht häufig und nur bestimmte Virenstämme gelten als krebsauslösend. Nach den heute vorliegenden Informationen ist belegt, dass ein Test auf HP-Viren Vorteile bietet. Ein Update der Recherche bestätigte im vergangenen Jahr den Nutzen des HPV-Tests für die Reduzierung der Zahl von Neuerkrankungen.

Seit einiger Zeit gibt es nun bereits einen intensiven Diskussionsprozess, insbesondere zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Im Kern geht es darum, wie der Auftrag des Gesetzgebers zur Neugestaltung der Krebsfrüherkennung umgesetzt werden soll. Konkret: Wie sollen der Wechsel des Screeningverfahrens und des Screeningintervalls gestaltet werden? Beide Seiten haben ihre Vorstellungen zur Änderung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie auf den Tisch gelegt. Die Krankenkassen wollen perspektivisch ein Früherkennungsprogramm mit einer HPV-Untersuchung für Frauen zwischen 30 und 60 alle fünf Jahre, wobei der zytologische Pap-Test wegfallen könnte. Die Ärzteschaft besteht jedoch darauf, dass der konventionelle Pap-Test grundsätzlich immer angewandt wird. Dafür sollen die Frauen zukünftig nur alle zwei Jahre in die Praxis kommen und sich dem HPV-Test noch zusätzlich alle sechs Jahre unterziehen. Man darf nach dem Warum fragen, wenn es doch

sinnvollere Alternativen gibt. Zudem entspricht die Haltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht der vorliegenden Evidenz.

Wir plädieren für die Fokussierung auf den HPV-Test, weil er sensitiver ist und bösartige Zellveränderungen früher als die bisherige Abstrichuntersuchung erkennt. Nach einem solchen Test haben Frauen länger Gewissheit über ihr Risiko, so dass auch das Intervall der Untersuchung verlängert werden kann. Der Vorschlag der Kassen enthält eine fünfjährige Übergangsphase, in der die Frauen zwischen dem herkömmlichen Pap-Test und dem HPV-Test entscheiden könnten. Zugleich wäre mit dieser Strategie verbunden, dass die Frauen sich auf der Basis evidenzbasierter Entscheidungshilfen klar werden, ob sie der Einladung zum Screening folgen.

Bereits heute gibt es genügend wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse. Es braucht also grundsätzlich kein Nebeneinander von HPV-Test und Pap-Abstrich. Noch ist genügend Zeit, um sich in der Gemeinsamen Selbstverwaltung einvernehmlich auf eine Änderung der Krebsfrüherkennungsrichtlinie zu verständigen. Entscheidend ist, dass der Auftrag des Gesetzgebers erfüllt wird, damit die betroffenen Frauen den HPV-Test nicht länger als Individuelle Gesundheitsleistung bezahlen müssen, sondern ganz einfach als Leistung ihrer Krankenkasse erhalten können. Ein rein auf dem HPV-Test basierendes Screening würde die Krankenkassen übrigens pro Jahr 436 Millionen Euro kosten.

HPV-Impfung schützt verlässlich

Die von den Krankenkassen vorgeschlagene Screeningstrategie knüpft an die Erwartungen an, die in die seit 2006 verfügbare Impfung gegen HP-Viren gesetzt werden. Sie wirkt gegen eine Infektion mit humanen Papillomaviren, die inzwischen als der wichtigste nicht-genetische Risikofaktor für Gebärmutterhalskrebs identifiziert sind. Die meisten sexuell aktiven Menschen machen mit diesen Viren Bekanntschaft, zumeist glücklicherweise ohne Folgen. Seit einigen Jahren steht nun eine Impfung gegen die risikoträchtigsten unter den rund 40 HP-Virusstämmen zur Verfügung. Die anfänglichen Befürchtungen über schwere Nebenwirkungen der Impfung haben sich nicht bestätigt, so dass heute mit dem positiven Nutzen für die HPV-Impfung geworben werden kann. Empfohlen wird sie von der Ständigen Impfkommission derzeit für Mädchen zwischen neun und 14 Jahren, bis 17 Jahre sollen Impfungen spätestens nachgeholt werden. Bereits jetzt sind zwischen 40 und 50 Prozent der jungen Frauen geimpft.

Früherkennung auf Basis des HPV-Tests und die Impfung bilden gemeinsam ein Gesamtkonzept, das Frauen in den kommenden Jahren zunehmend besser vor der Diagnose „Gebärmutterhalskrebs“ schützen kann. Sie machen die jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung aber nicht unnötig. In diesem Sinne würden wir es ausdrücklich begrüßen, wenn Kassen und Ärzteschaft bald ihre versorgungs- bzw. berufspolitischen Interessen austariert hätten.

Statement

BARMER GEK Arztreport 2015

Schwerpunktthema Gebärmutterhalskrebs

Dr. med. Thomas G. Grobe
AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen, Göttingen
www.aqua-institut.de

anlässlich der Pressekonferenz
am 19. Februar 2015 in Berlin

Als Fortführung des 2006 erstmals erschienenen GEK-Reports ambulant-ärztliche Versorgung liefert der BARMER GEK Arztreport 2015 zum neunten Mal einen Überblick zu Kennzahlen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung. Für die Auswertungen konnte auf anonymisierte Daten der BARMER GEK zu jeweils mehr als 8 Mio. Versicherten aus neun Jahren von 2005 bis 2013 zurückgegriffen werden, die 646 Mio. Behandlungsfälle mit rund 2,5 Mrd. Diagnoseeinträgen sowie Angaben zu 4,9 Mrd. Abrechnungsziffern umfassen. Für die Zugriffsmöglichkeiten auf diese Daten für versorgungsepidemiologische Analysen und das Engagement beim Aufbau und der Pflege dieser Datenbasis sowie Hilfestellungen auch bei inhaltlichen Fragen sei allen beteiligten Mitarbeitern der BARMER GEK an dieser Stelle erneut ganz herzlich gedankt.

Veränderungen des ambulanten Leistungsgeschehens 2013

Insgesamt haben sich Kennzahlen zur ambulanten Versorgung 2013 im Vergleich zum Vorjahr eher moderat verändert. 93,2 Prozent der Bevölkerung hatten innerhalb des Jahres 2013 Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten, im Vorjahr waren es 92,1 Prozent. Die Zahl der abgerechneten Behandlungsfälle ist von 672 Mio. in 2012 auf 693 in 2013 um 3,1 Prozent gestiegen. Eine verhältnismäßig ausgeprägte Grippewelle Anfang 2013 dürfte zu diesem Anstieg mit beigetragen haben.

Schwerpunktthema Gebärmutterhalskrebs

Der Schwerpunkt des diesjährigen Arztreportes befasst sich – in einem sehr umfassenden Sinn – mit dem Thema Gebärmutterhalskrebs. Neben dem Gebärmutterhalskrebs (ICD10-Code: C53, synonym auch als Zervixkarzinom bezeichnet) wurden Vorstufen wie das Carcinoma in situ (ICD10: D06) und Dysplasien (ICD10: N87) der Cervix uteri betrachtet. Zudem widmen sich Abschnitte der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses sowie der seit 2007 empfohlenen Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV). Zum Thema Früherkennung werden auch Befragungsergebnisse präsentiert.

Todesfälle

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes verstarben 2012 in Deutschland 1.617 Frauen an Gebärmutterhalskrebs (2013: 1.550). Dies sind pro Jahr weniger als vier Sterbefälle je 100.000 Frauen. An Brustkrebs, der häufigsten Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland, sterben mehr als zehnmal so viele Frauen (2013: 17.853). Eindeutige Trends lassen sich hinsichtlich der Todesfälle mit Gebärmutterhalskrebs in Deutschland spätestens seit 2006 nicht mehr ausmachen. Anfang der 1980er-Jahre wurden in Deutschland noch

etwa doppelt so viele Sterbefälle erfasst. International sterben insbesondere Frauen aus weniger entwickelten Ländern erheblich häufiger an Gebärmutterhalskrebs.

Krankenhausbehandlungen

Die Zahl der vollstationären Krankenhausbehandlungen des Zervixkarzinoms ist in Deutschland seit Anfang der 2000er-Jahre merklich zurückgegangen (S.166), Fallzahlen zu vollstationären Behandlungen des Carcinoma in situ lagen 2012 im Vergleich zu Zahlen zu Beginn des Jahrtausend tendenziell gleichfalls niedriger, was jedoch auch aus vermehrten ambulanten Behandlungen (vorrangig in Krankenhäusern) resultieren dürfte.

Diagnoseraten

Im Gegensatz zu den zuvor geschilderten Befunden wurden entsprechende Diagnosen bei Einbeziehung von Angaben aus der ambulanten Versorgung zwischen 2005 und 2013 bei einer ansteigenden Zahl von Frauen erfasst. Die Diagnose eines Zervixkarzinoms wurde 2013 bei rund 77.000, ein Carcinoma in situ bei 60.000 und eine Dysplasie der Cervix uteri bei ca. 364.000 Frauen in Deutschland als gesicherte ambulante Diagnose und/oder im Krankenhaus dokumentiert (S.182). Gegenüber 2005 lassen sich damit bis 2013 Steigerungen der Diagnoseraten um 33, 56 und 33 Prozent feststellen (S.189). Abschätzungen von Neuerkrankungsraten auf der Basis von Routinedaten gestalteten sich schwierig. Einfache Herangehensweisen, die bei validen (und vollständigen) Diagnoseangaben bereits gute Schätzer liefern sollten, führen, gemessen an den jährlich typischerweise knapp 5.000 Neuerkrankungen nach Krebsregisterdaten, zu einer erheblichen Überschätzung der Zahl der Neuerkrankungsfälle. Möglicherweise trägt hierzu eine für Patienten nur schwer verständliche Differenzierung zwischen invasiven Neubildungen, In-situ-Neubildungen und Dysplasien bei, die sich auch auf die nachfolgende Dokumentation anamnestisch erhobener Befunde von Ärzten auswirken kann.

Nach den Ergebnissen regionaler Auswertungen waren Frauen aus östlichen Bundesländern von allen der hier betrachteten Neubildungen am Gebärmutterhals im Sinne der ICD10-Diagnosen N87, D06 und C53 überdurchschnittlich häufig betroffen.

Gebärmutterentfernungen – Hysterektomien

Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) wurden in Deutschland in den vergangenen Jahren mit abnehmender Häufigkeit durchgeführt und betrafen 2013 schätzungsweise noch 100.700 Frauen (S.206). Nur etwa ein Fünftel dieser Operationen wurde aufgrund bösartiger

Neubildungen durchgeführt, schätzungsweise 6,8 Prozent standen in Zusammenhang mit Erkrankungen des Gebärmutterhalses (S.205). Hinsichtlich der Häufigkeit von Gebärmutterentfernungen zeigen sich weiterhin relativ große regionale Unterschiede, die medizinisch kaum zu begründen sind. Unterdurchschnittliche Operationsraten finden sich dabei insbesondere in einigen Metropolregionen (S.209 ff.). Hier bleibt abzuwarten, ob eine für Ende März 2015 geplante Veröffentlichung einer S3-Leitline „Indikation und Methodik der Hysterektomie“ zu einer regionalen Angleichung der Operationsraten beitragen kann.

Krebsfrüherkennung – Screening auf Gebärmutterhalskrebs

Das bereits Anfang der 70er Jahre eingeführte Screening auf Gebärmutterhalskrebs ist die am häufigsten genutzte Früherkennungsuntersuchung in Deutschland. Bei einer im Rahmen des Arztreportes durchgeführten Befragung gaben 86 Prozent der Frauen eine Krebsfrüherkennung als Anlass für einen Frauenarztbesuch in den vergangenen drei Jahren an, bei 44 Prozent war es der einzige Grund für einen Besuch in einer Frauenarztpraxis. 2013 nahmen in Deutschland schätzungsweise 17,2 Mio. Frauen an der Krebsfrüherkennung mit Untersuchung auf Veränderungen des Gebärmutterhalses teil – bezogen auf die regulär jährlich einmalig anspruchsberechtigten Frauen im Alter ab 20 Jahren entspricht dies einer Teilnahmerate von knapp 50 Prozent (S.226 ff.).
In engem zeitlichen Zusammenhang mit einem Screening wurde nach den vorliegenden Auswertungen bei 47 von 100.000 Teilnehmerinnen erstmals die Diagnose eines Zervixkarzinoms dokumentiert, bei 78 ein Carcinoma in situ und bei 532 eine Dysplasie der Cervix uteri. Bei mehr als 250 von jeweils 100.000 Teilnehmerinnen wurden operative Eingriffe zur weiteren Abklärung oder Therapie durchgeführt (S.233 ff.). Ein hinsichtlich seiner Umsetzung aktuell diskutiertes Einladungswesen (vgl. S.273) sollte ggf. zum Ziel haben, insbesondere Risikogruppen verstärkt zur Teilnahme zu motivieren.

HPV-Impfung

Bestimmte humane Papillomaviren gelten als die relevantesten Risikofaktoren für die Entstehung von Gebärmutterhalskrebs. Seit März 2007 wurde von der Ständigen Impfkommission (STIKO) eine HPV-Impfung von Mädchen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren empfohlen und in der Folge auch regulär von den Krankenkassen erstattet, seit August 2014 gilt eine Impfempfehlung vorrangig für neun- bis 14-jährige Mädchen (S.247). Die Empfehlungen wurden von einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu unterschiedlichen Zeitpunkten umgesetzt, auch in diesem Zusammenhang lassen sich für einzelne Regionen Deutschlands sehr unterschiedliche Impfraten ermitteln. Eine zeitnahe

Umsetzung erfolgte in Hamburg und Sachsen-Anhalt. Deutlich wird bei der Betrachtung der Impfhäufigkeiten aus diesen beiden Regionen, dass es nach anfänglich hohen Impfzahlen bis 2010 zu einem erheblichen Rückgang kam, zu dem eine seinerzeit recht kritische öffentliche Diskussion der Impfung beigetragen haben dürfte.

Bis 2013 ist es zu einer gewissen Konsolidierung gekommen. 2013 wurden bei Mädchen bzw. Frauen im Alter zwischen elf und 20 Jahren (also aus zehn Jahrgängen) bundesweit durchschnittlich 0,183 Impfdosen verabreicht (S.253). In einem Steady state bräuchte jährlich jeweils nur ein nachwachsender Jahrgang geimpft werden. Um alle Frauen mit zwei Dosen zu impfen müsste, bezogen auf 10 Jahrgänge, ein Wert von 0,2 erreicht werden, der 2013 bundesweit de facto bereits fast erzielt wurde. Die Ergebnisse variieren dabei regional allerdings erheblich, nämlich zwischen 0,133 und 0,136 in Bremen und Bayern sowie 0,259 und 0,261 in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern. Die Durchführung der Impfung verteilt sich auf Kinderärzte, Hausärzte und Gynäkologen mit Anteilen von 38,4, 18,8 und 42,5 Prozent, was eine Koordination der Impfungen erschweren dürfte (S.258). Ab Ende 2014 dürften Kinderärzte bei der HPV-Impfung eine merklich größere Rolle spielen.

Nach Daten bis Ende 2013 wurden bundesweit (ohne Hessen) die bislang höchsten Impfraten für den Geburtsjahrgang 1996 mit 55 Prozent erreicht – bis Jahresende 2014 dürften aus diesem Jahrgang schätzungsweise etwa 60 Prozent aller Frauen mindestens einmalig geimpft worden sein (S.262 ff.). Nachfolgende Jahrgänge werden, bei grundsätzlich unverändertem Impfverhalten, in Deutschland voraussichtlich noch merklich höhere Raten erzielen. In Sachsen-Anhalt erscheinen Impfraten hinsichtlich einer ersten Impfung oberhalb von 80 Prozent nach bisherigen Ergebnissen sehr wahrscheinlich. Nachweisbare Auswirkungen der HPV-Impfung auf die Häufigkeit von, und insbesondere die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebserkrankungen in Deutschland sind erst mittelfristig zu erwarten, letztere erst nach dem Jahr 2030 (S.267 ff.).

BARMER GEK

Arztreport 2015

Schwerpunkt Gebärmutterhalskrebs

Pressekonferenz
Berlin 19.02.2015

Thomas G. Grobe

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen
www.aqua-institut.de

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

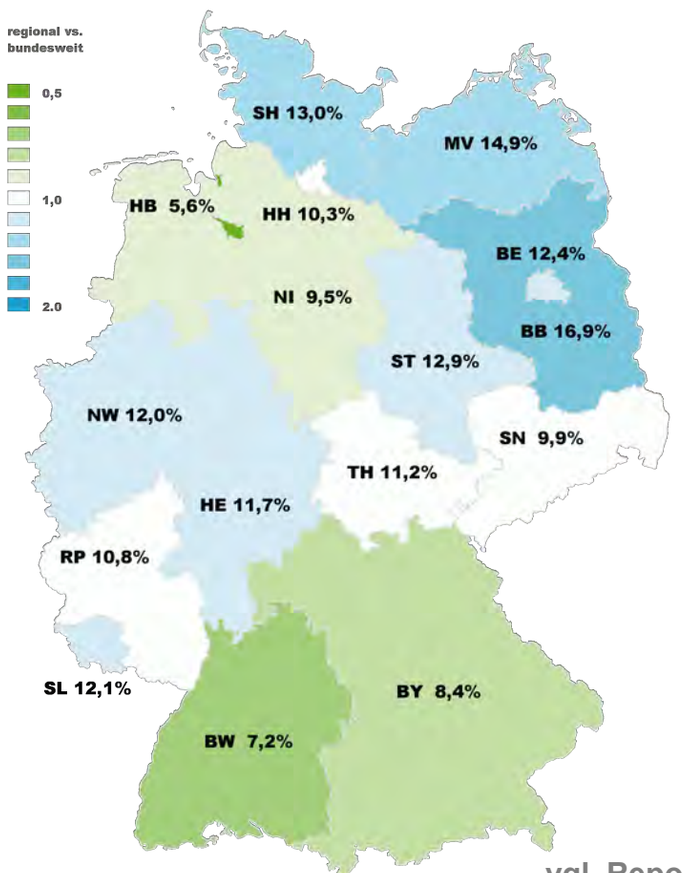
Datengrundlagen BARMER GEK

Daten zu mehr als 8 Mio. Versicherten der BARMER GEK

- Bundesweit mehr als 10% der deutschen Bevölkerung
- Verfügbar über neun Jahre, von 2005 bis 2013
- Überwiegend geschlechts- und altersstandardisierte Ergebnisse

Ambulante ärztliche Versorgung 2013 (2005 bis 2013)

- 78 Mio. Behandlungsfälle (646 Mio.)
- 321 Mio. Diagnoseschlüssel (2.505 Mio.)
- 455 Mio. Abrechnungsziffern (4.858 Mio.)



vgl. Report ab Seite 37 sowie ab Seite 53

Ambulantes Leistungsgeschehen 2013

Im Vergleich zum Vorjahr moderater Anstieg

- 93,2 Prozent der Bevölkerung hatten Kontakt zur ambulanten Versorgung
- Anstieg der Abrechnungs-/Behandlungsfallzahlen
  von 8,21 in 2012 auf 8,44 Fälle je Person (+2,8%)
- absolute Fallzahlen:
  2012: 672 Mio.; 2013: 693 Mio. (+3,1%)

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

vgl. Report
ab Seite 59 sowie
ab Seite 99

Schwerpunkt Gebärmutterhalskrebs – Hintergrundinfos – Themenfeld

Bösartige Neubildung der Cervix uteri (ICD10: C53)

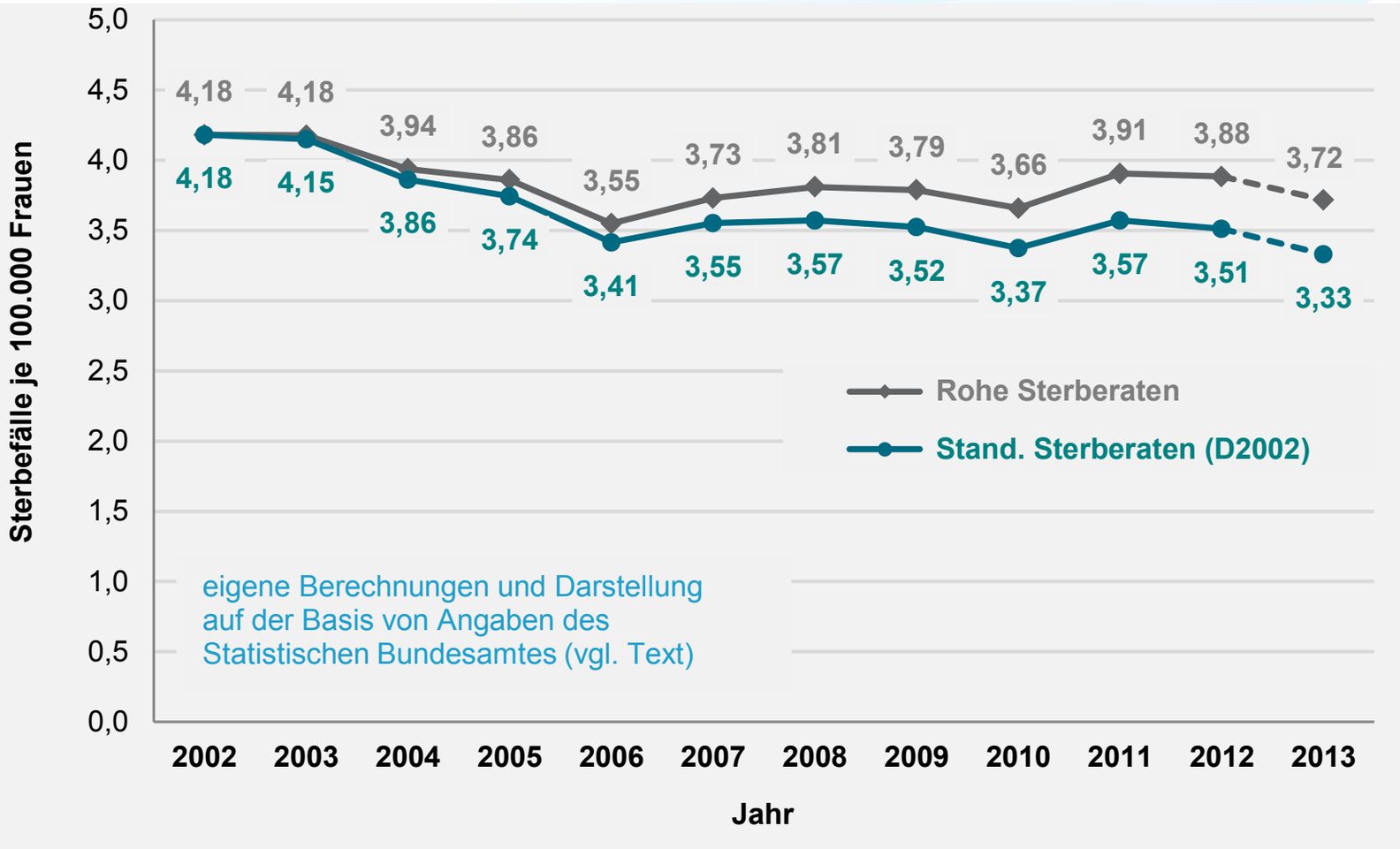
- Gebärmutterhalskrebs – synonym auch als Zervixkarzinom bezeichnet
- Hauptrisikofaktor sind Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV)
- weitere RF: andere Infekte, sexuelle Aktivität, Rauchen, niedriger sozialer Status, Langzeiteinnahme oraler Kontrazeptiva, hohe Geburtenzahl ...

Thematisch relevant und im Arztreport aufgegriffen

- auch Diagnosen Carcinoma in situ (D06; CIS, CIN III) sowie Dysplasie (N87; CIN I, II) der Cervix uteri; Sterbefälle, Krankenhaus-behandlungen, Diagnosehäufigkeiten, Trends, regionale Unterschiede ...
- operative Eingriffe: Gebärmutterentfernung, Koniotomie ...
- sekundäre Prävention – Screening auf Gebärmutterhalskrebs
- primäre Prävention – HPV-Impfung
- Erfahrungen von Frauen mit dem Screening

vgl. Report
ab Seite 147

Sterbefälle 2002 bis 2012/2013
Gebärmutterhalskrebs (nach Todesursachenstatistik)



bereinigt um demografische Effekte bis 2012/13:

- **Rückgang Rate - 16,0% / - 20,3%**

roh:

- **Rückgang Rate - 7,1% / - 11,1%**

Fälle absolut

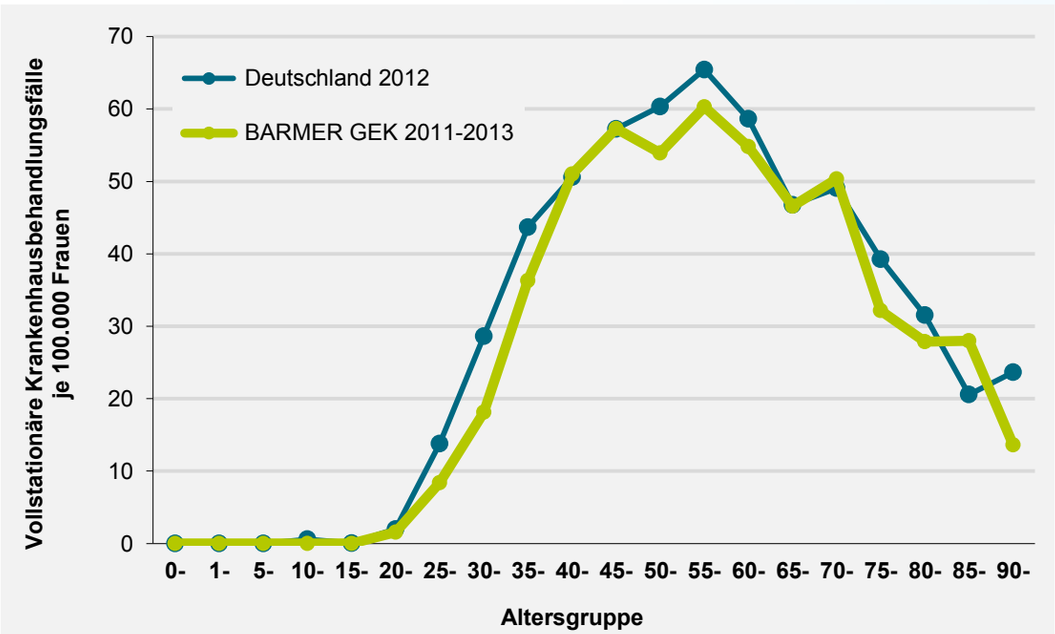
2002: 1.763
2012: 1.616
2013: 1.550
(1980: 3.318)

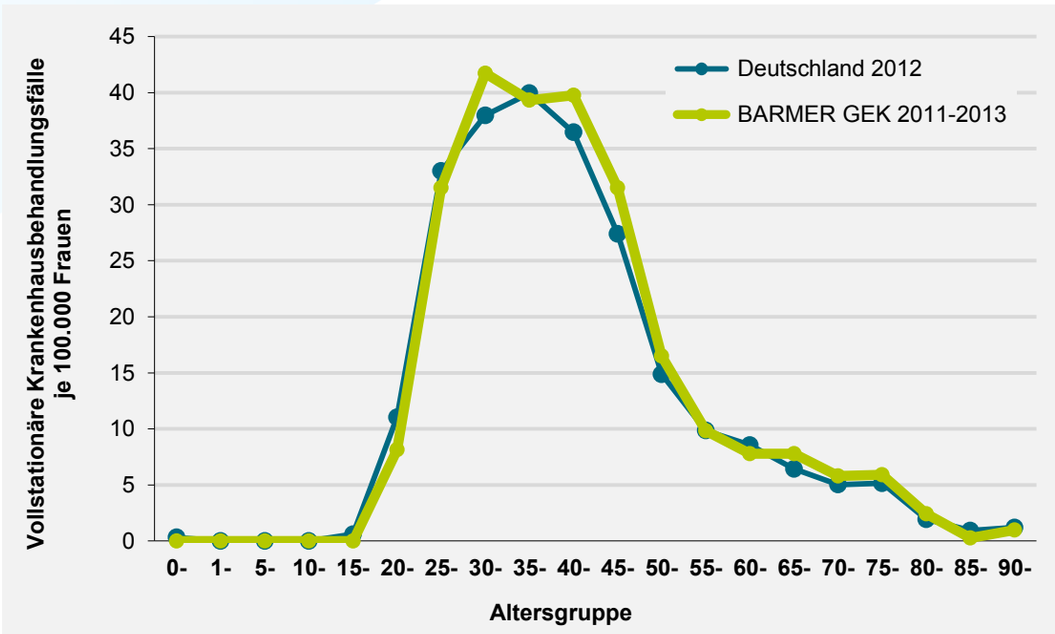
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

vgl. Report Seite 157

Gebärmutterhalskrebs – Repräsentativität von Daten der BARMER GEK

Vollstationäre Krankenhausbehandlungen mit Hauptentlassungsdiagnose C53 (links) bzw. D06 (rechts)
BARMER GEK 2011-2013 vs. Vollerhebungsergebnisse nach Krankenhausdiagnosestatistik, Entlassungen 2012

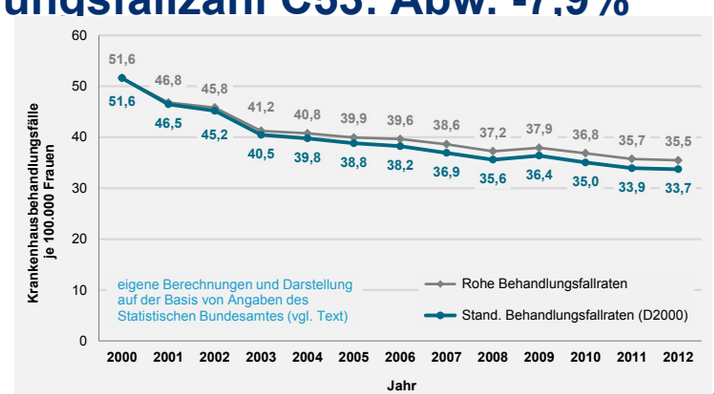


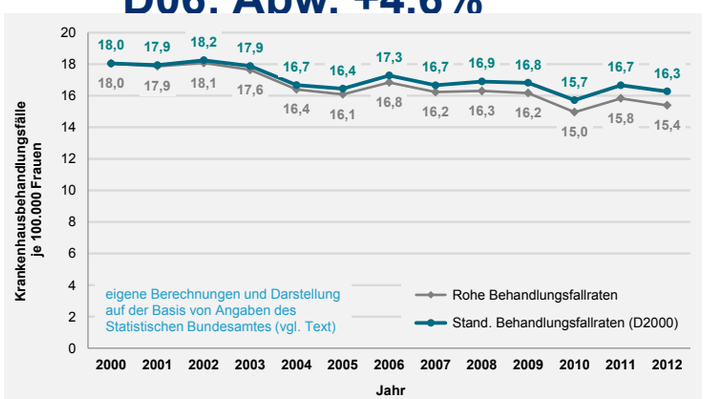


Behandlungsfallzahl C53: Abw. -7,9%

D06: Abw. +4.6%

Trends:

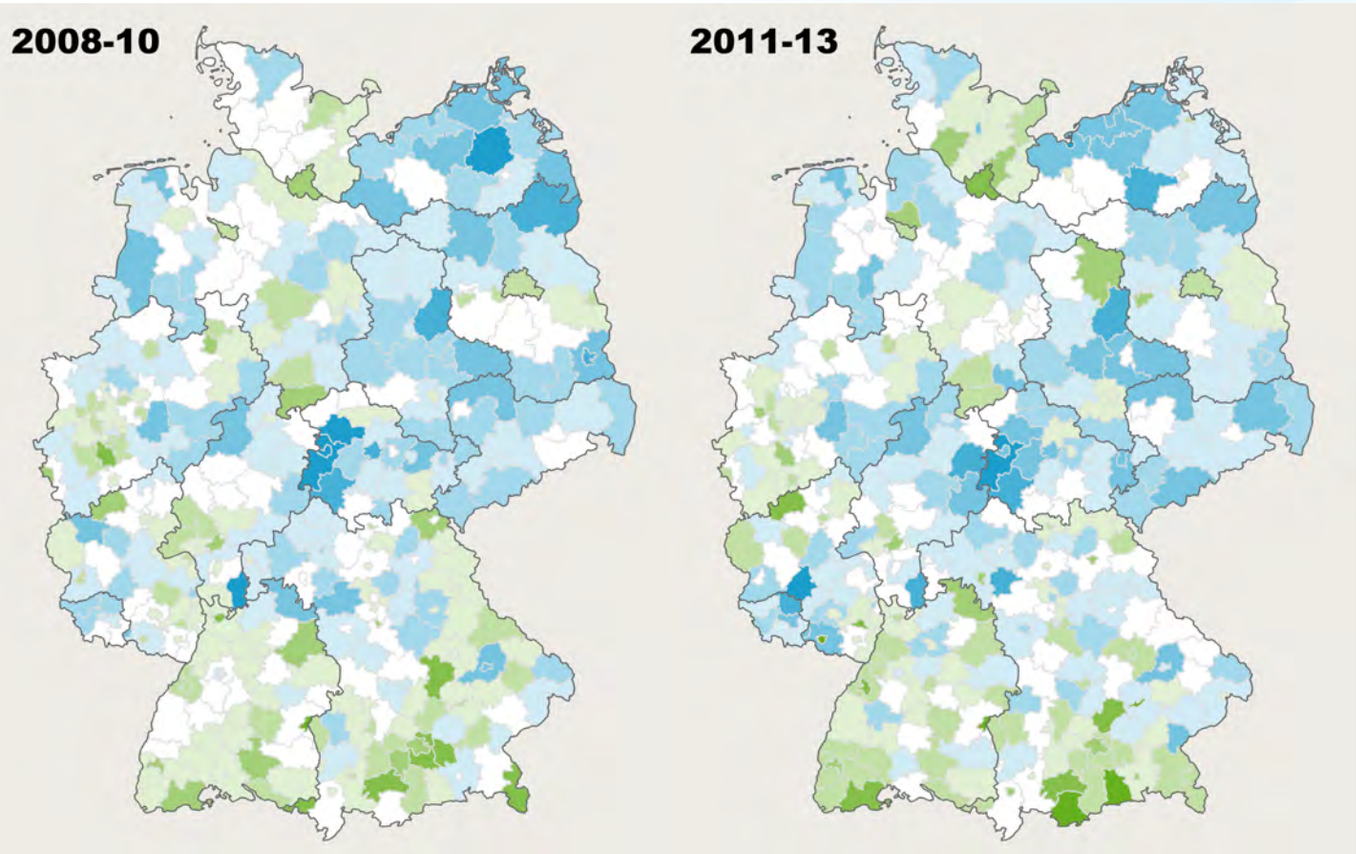


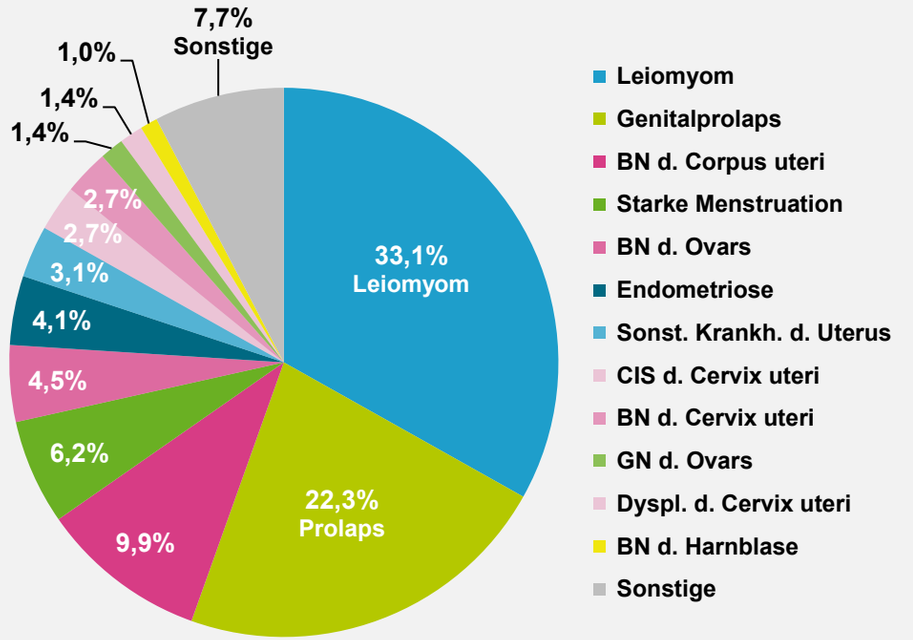


ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

vgl. Report
Seite 170 ff.,
S. 166 , 168

Gebärmutterentfernungen





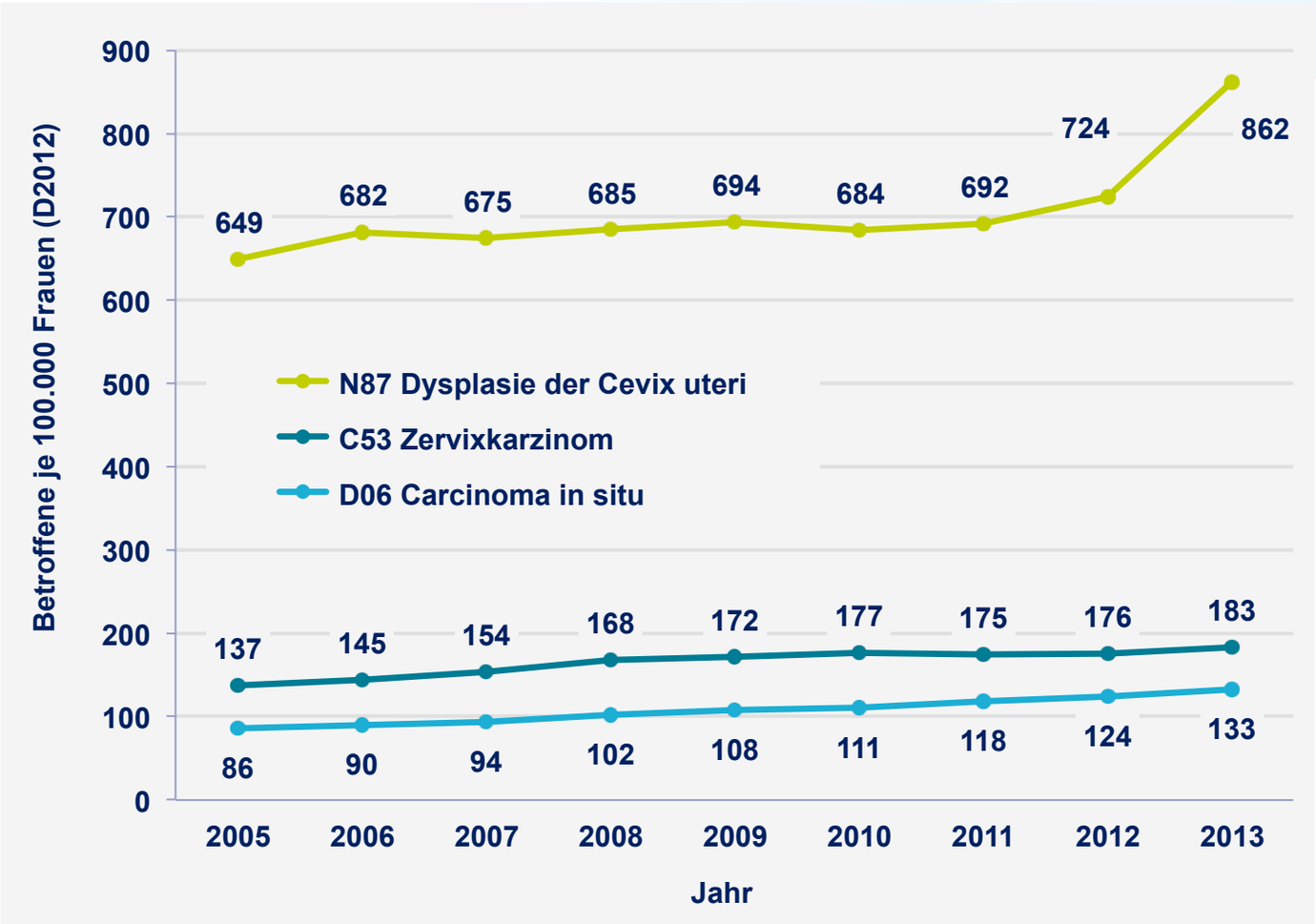
BN: Bösartige Neubildung
CIS: Carcinoma in situ
GN: Gutartige Neubildung

werden ...

- **nur zu 20% aufgrund bösartiger Neubildungen durchgeführt,**
- **nur zu 6,8% aufgrund von Zervix-Veränderungen,**
- **sind von 2006 bis 2013 um 29% auf ca. 100.700 zurückgegangen,**
- **werden weiterhin regional sehr unterschiedlich häufig durchgeführt,**
- **betreffen nach Befragungsergebnissen rund 40% der Frauen ab 70**

vgl. Report
Seite 204 sowie
ab Seite210

Diagnoseraten 2005 bis 2013
ICD10 N87, C53, D06 (ambulante G-Diagnose und/oder Krankenhausdiagnose)



?

bereinigt um demografische Effekte:

N87 Dysplasien

- **Anstieg + 33%**

C53 Karzinom

- **Anstieg + 33%**

D06 CIS

- **Anstieg + 56%**

Betroffene 2013

N87: 364 Tsd.
C53: 77 Tsd.
D06: 60 Tsd.

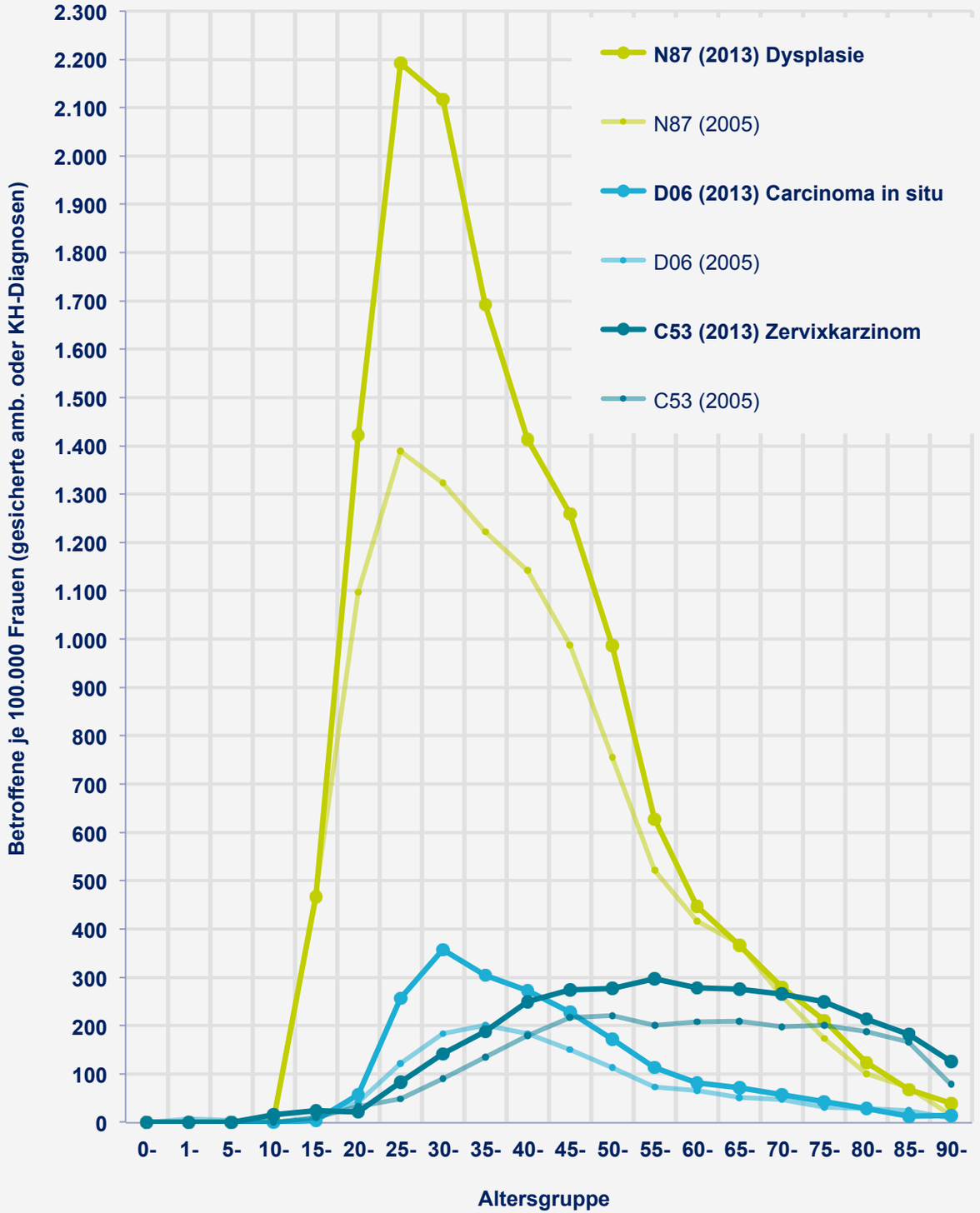
Trend: altersstand. D2012, ohne ambulante KH-Diagnosen;
abs. Zahlen incl. amb. KH-Diag., stand. D2013

vgl. Report
ab Seite 187
und Seite182

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Diagnoseraten 2013 sowie 2005 nach Alter ICD10 N87, C53, D06

(amb. G-Diagnose und/oder Krankenhaus-Diagnose)

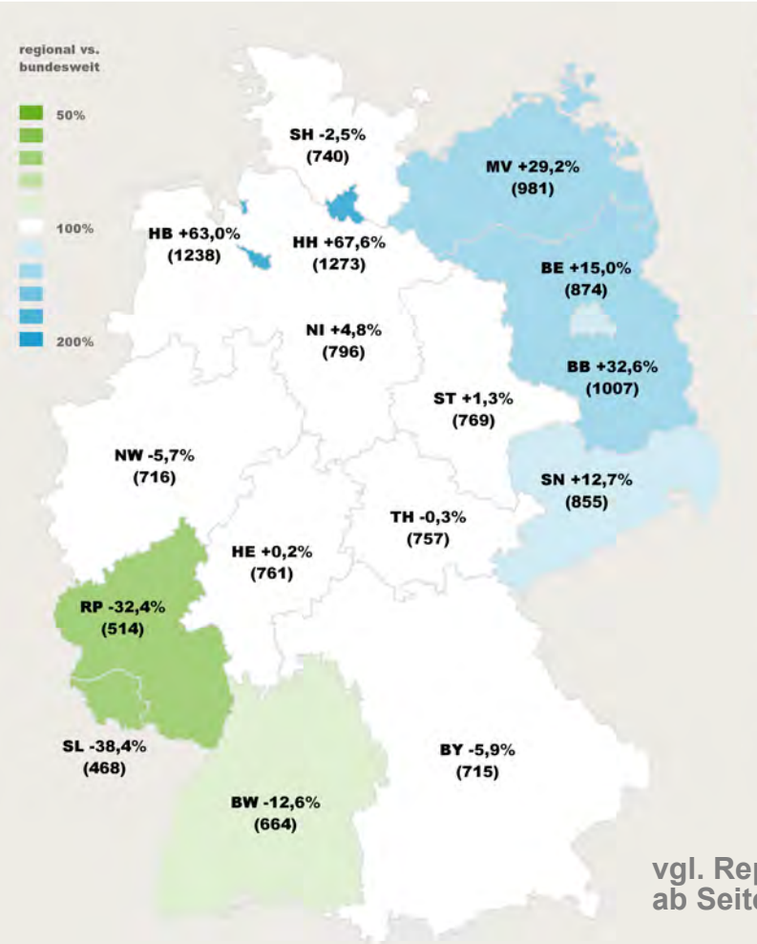


ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

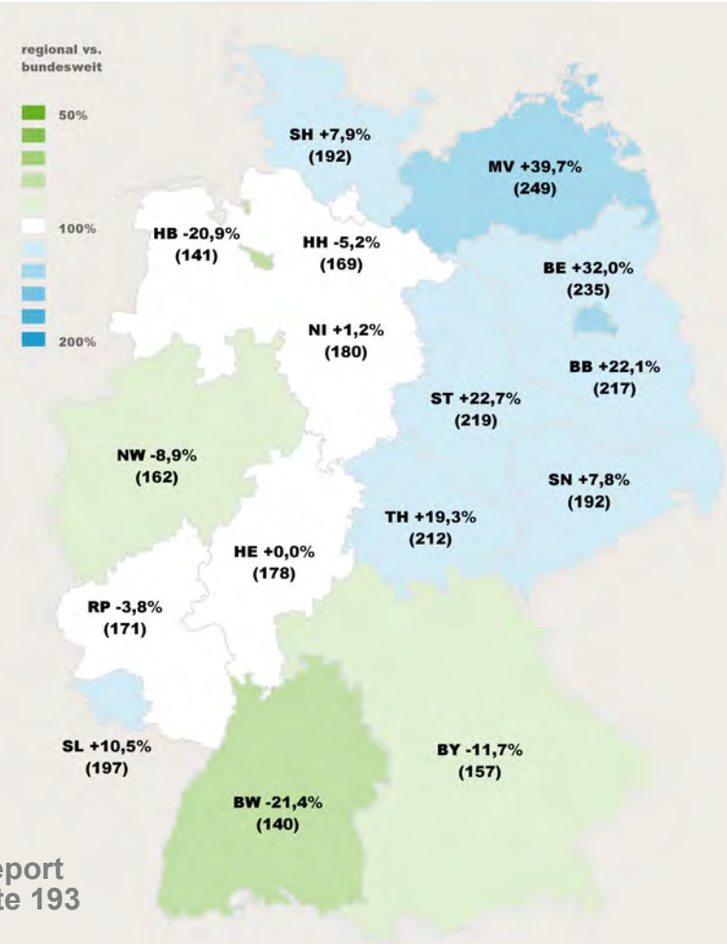
vgl. Report
Seite 186

Diagnoseraten regional (2011- 2013), Mittelwert über 3 Jahre
ICD10 N87, C53, D06 (amb. G-Diagnose und/oder Krankenhaus-Diagnose)

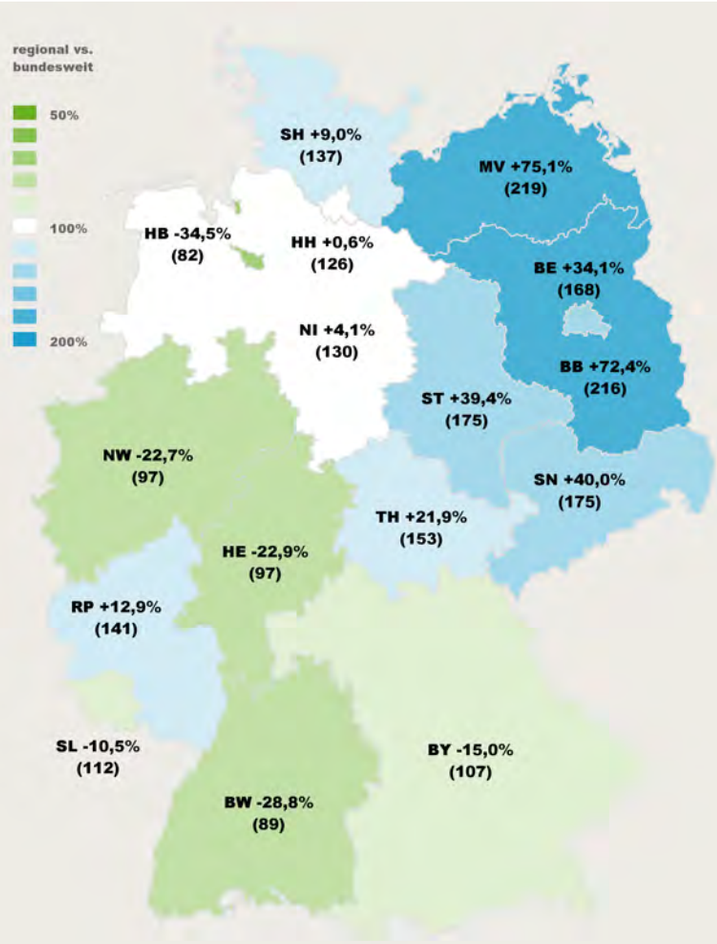
Dysplasie



Zervixkarzinom



Carcinoma in situ



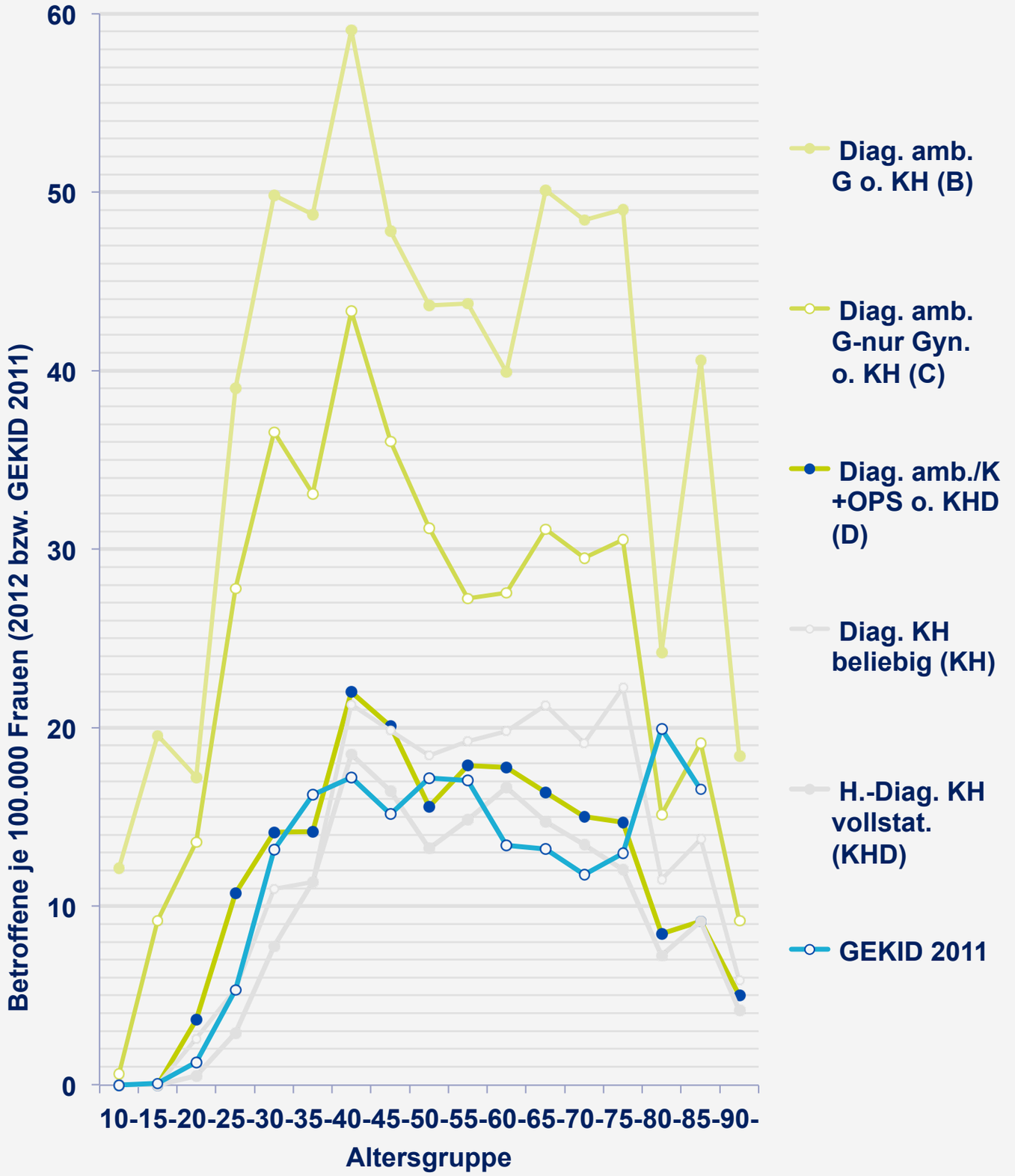
vgl. Report
ab Seite 193

Neuerkrankungs-raten 2012 (Inzidenzen) ICD10 C53

erstmalige Dokumentation 2013
nach Überprüfung ab 2007

B: ambulant o. Krankenhaus
C: amb. Diag. von Frauenärzten
D: nur falls operativer Eingriff
mit Option zu histologischer Untersuchung

GEKI: Gesellschaft d. epidemiolg. Krebsregister in Deutschland



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

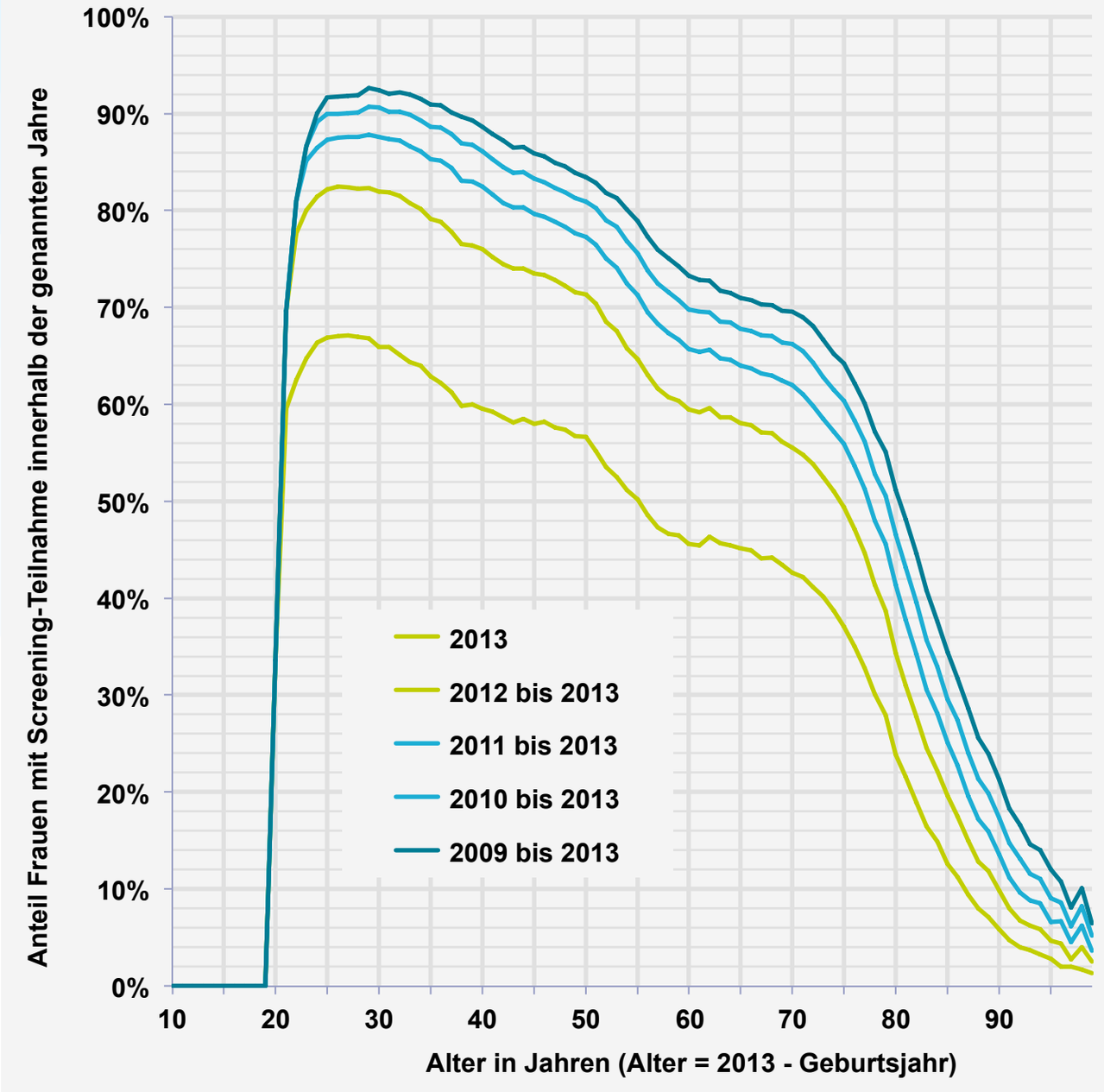
vgl. Report
Seite 220

Screening 2013
Krebsfrüherkennung

seit 1971, Alter ab 20 Jahre
Teilnahme jährlich möglich

jährliche Teilnahme: 49,8%

min. letzte 2 Jahre: 63,5%
min. letzte 3 Jahre: 69,3%
min. letzte 4 Jahre: 73,0%
min. letzte 5 Jahre: 75,8%



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

vgl. Report
ab Seite 226

Ereignisse in zeitlichem Zusammenhang mit einem Screening (im Screening-Quartal oder im direkten Folgequartal)

Diagnose **erstmalig (G) | im Vorfeld seit 2007 (G, Z)**

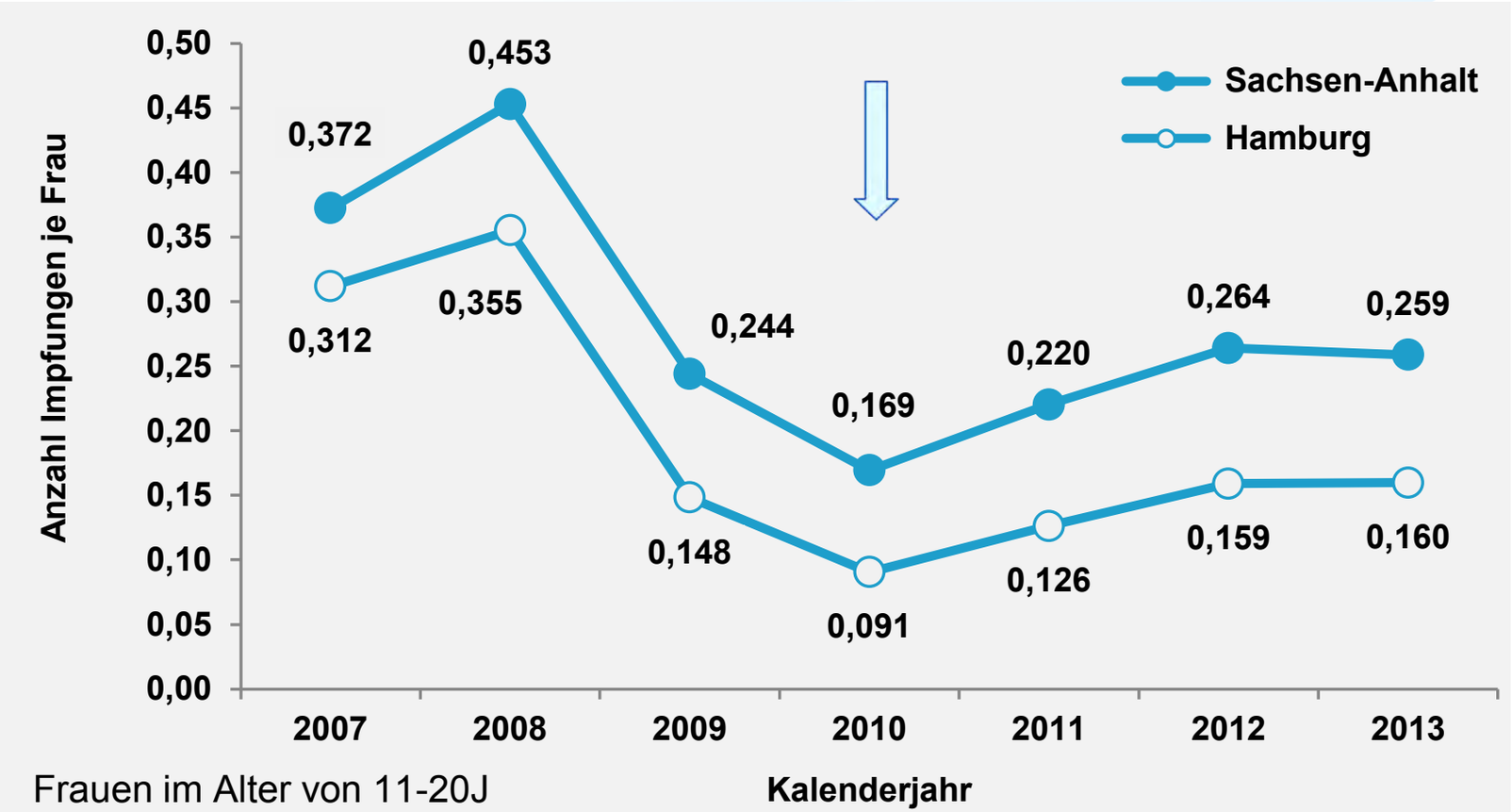
- N87 Dysplasie: 0,532% | 4,652%
- D06 Carcinoma in situ: 0,078% | 0,884%
- C53 Zervixkarzinom: 0,047% | 0,806%

Operative Diagnostik und Therapie innerhalb von 2 Quartalen ab Screening

- *(1) Frakt. Kürettage: 0,442% (andere Indikationen nicht auszuschließen)*
- (2) Biopsie Zervix: 0,111%
- (3) Konisation: 0,127%
- (4) Exzision an d. Zervix: 0,053%
- (5) Hysterektomie 0,021% *(nur KH-Fälle mit HD N87, D06 o. C53)*
- (2-5) spez. gesamt: 0,254%

vgl. Report S. 236, sowie Seite 240

HPV-Impfungen 2007 bis 2013 gemäß STIKO-Empfehlungen Sachsen-Anhalt und Hamburg



Frauen im Alter von 11-20J

hier 10 Jahrgänge, im Fließgleichgew. sollte 1 JG geimpft werden:

- **für 3 Impfdosen langfristig Wert 0,300 erforderl.**
- **für 2 Impfdosen langfristig Wert 0,200 erforderl.**

Impfdosen 2013 bundesweit: ca. 710 Tsd.

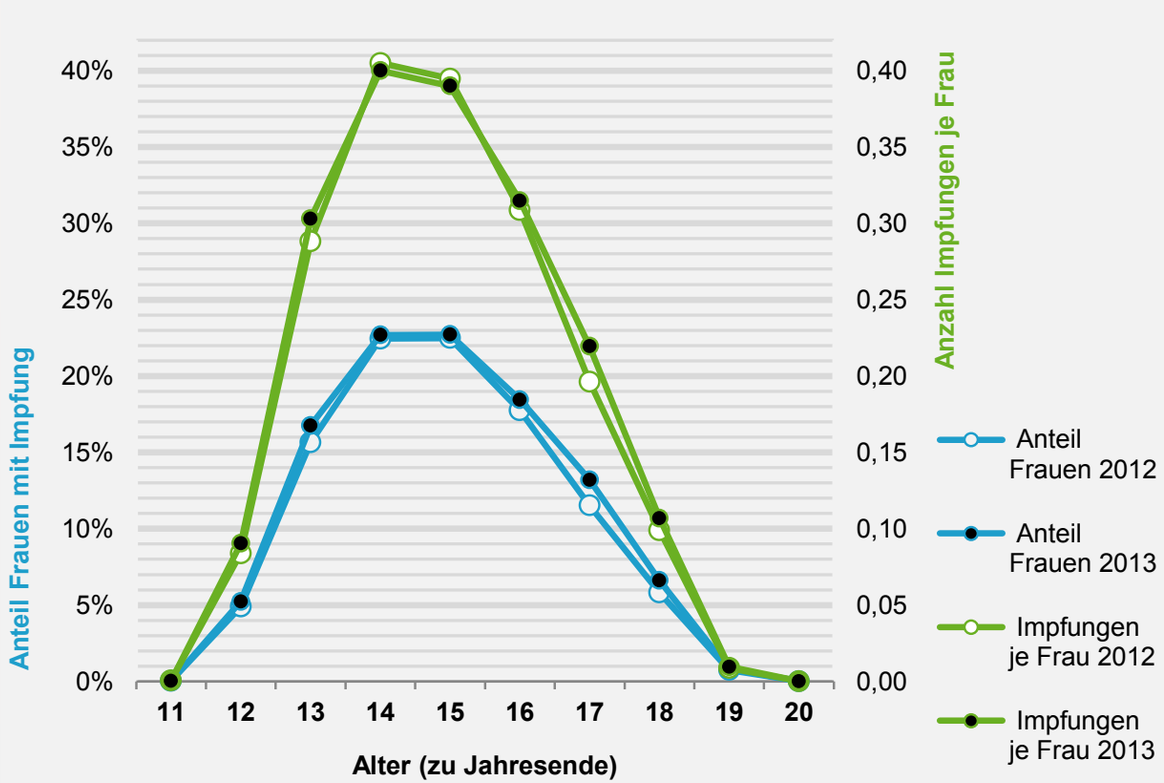
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

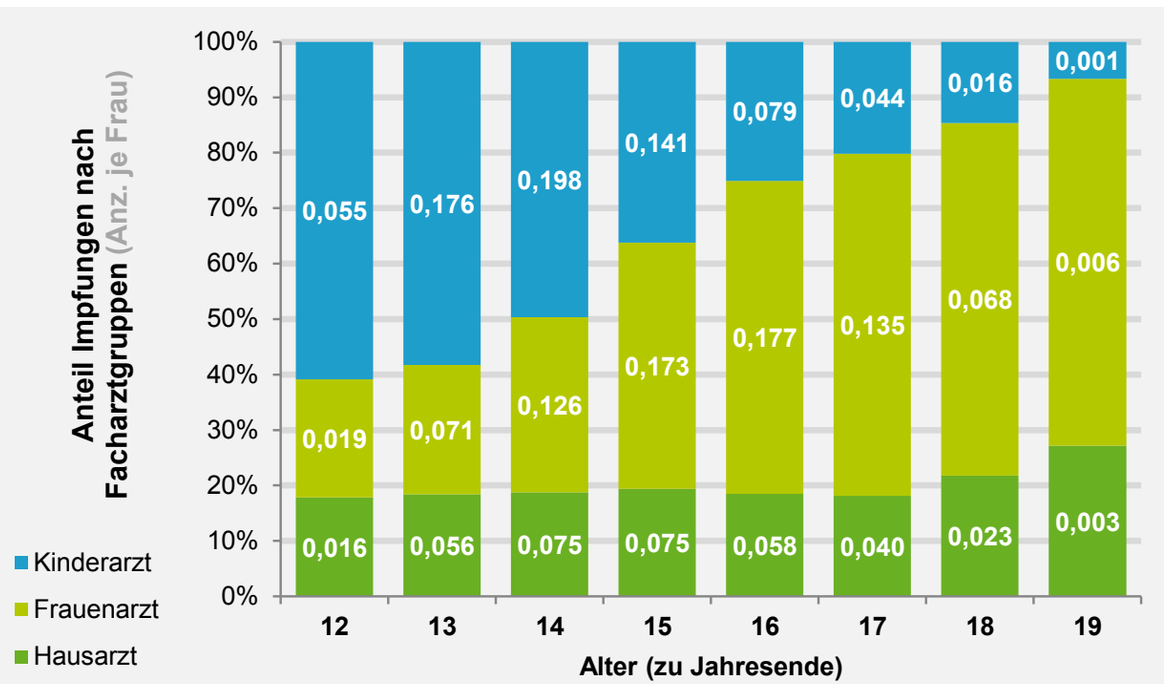
vgl. Report Seite 254

HPV-Impfungen 2013 (2012)

- Impfungen am häufigsten im Alter 14-15J

- 38,4% Kinderärzte
- 42,5% Frauenärzte
- 18,8% Hausärzte

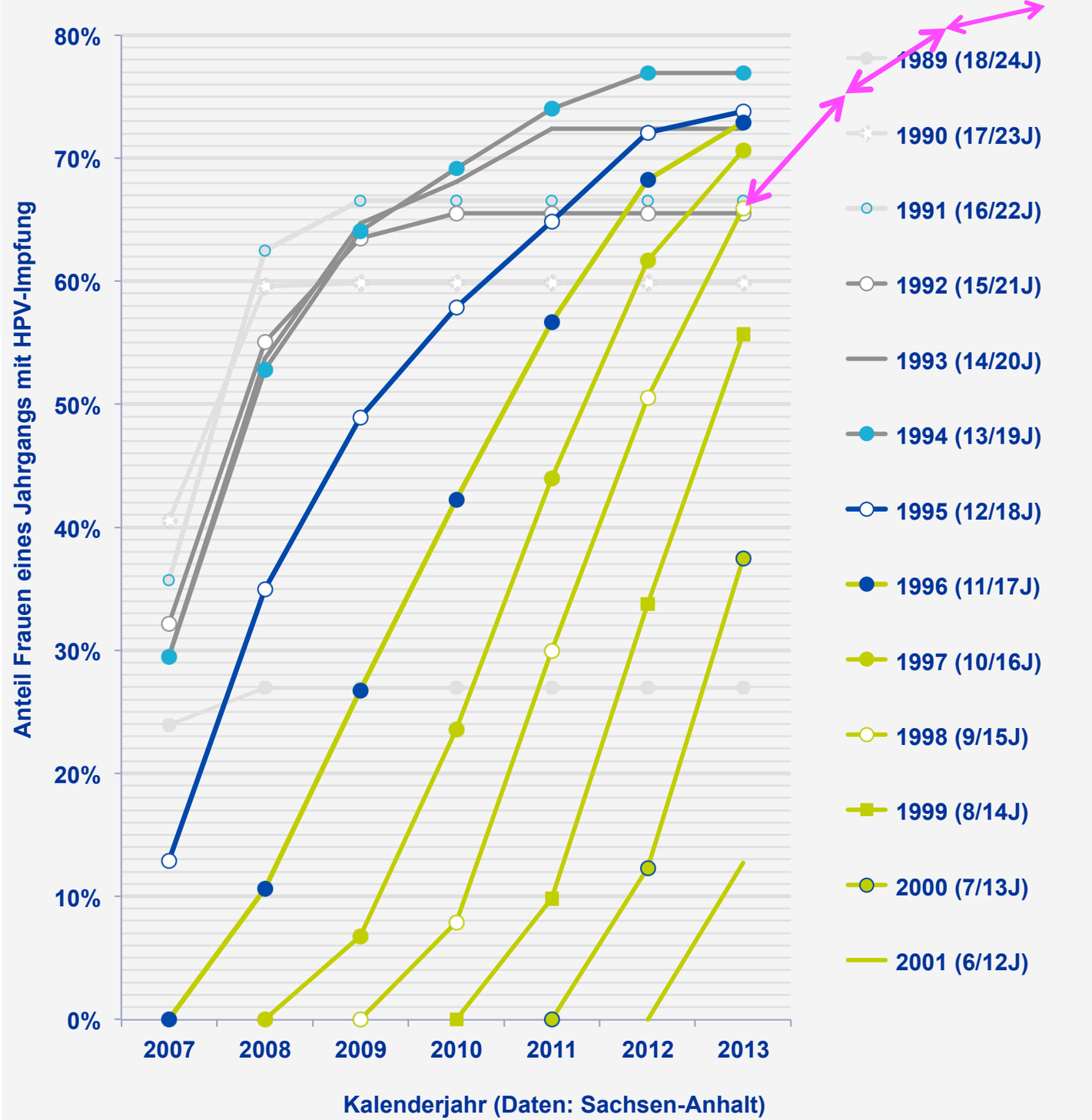




vgl. Report Seite 257 ff.

HPV-Impfungen Sachsen-Anhalt

erstmalige Impfungen in einzelnen Geburtsjahrgängen 2007 bis 2013



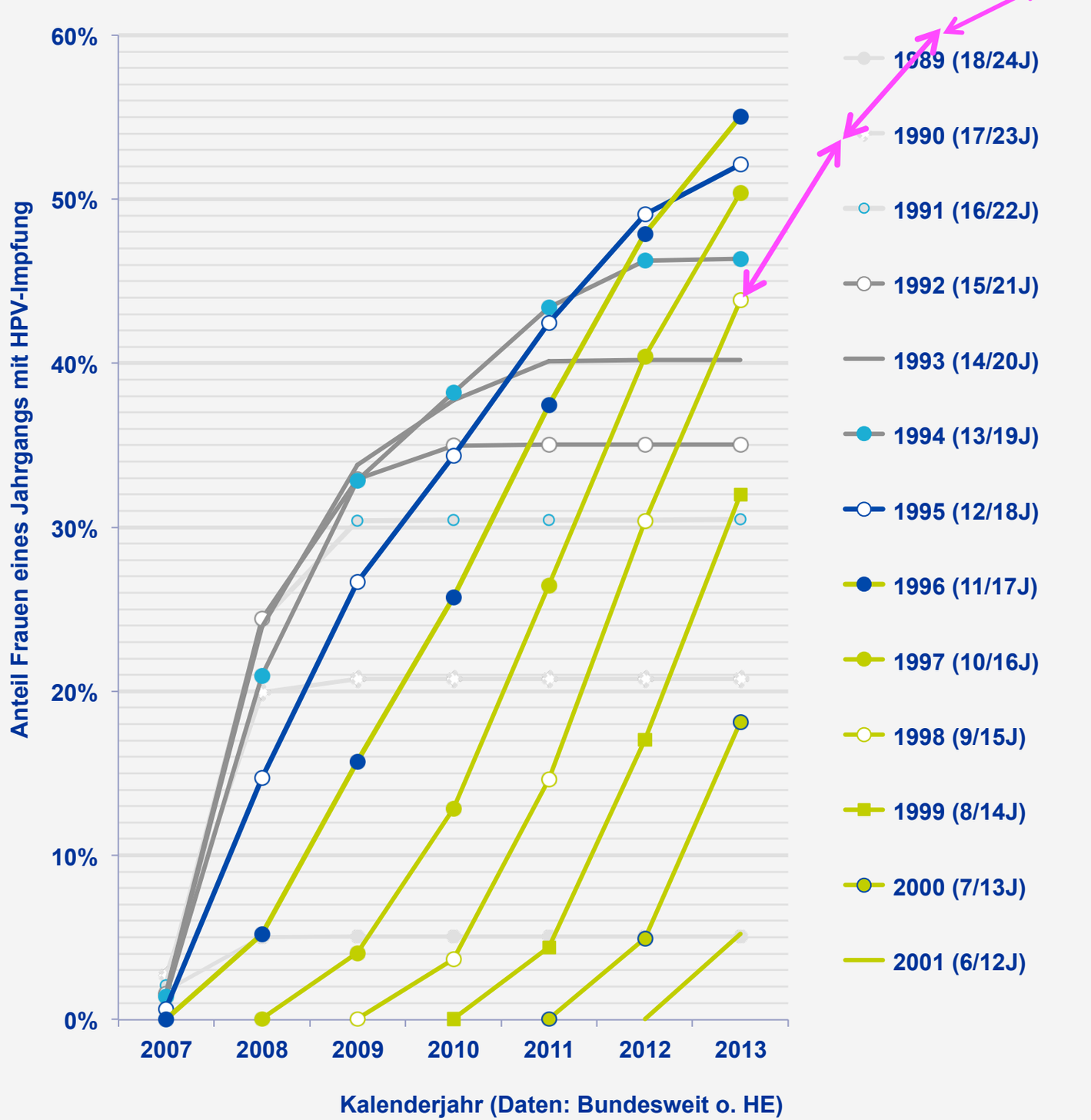
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

vgl. Report
Seite 260

HPV-Impfungen bundesweit

erstmalige Impfungen in einzelnen Geburtsjahrgängen 2007 bis 2013

(ohne Hessen)



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

vgl. Report
Seite 262

Zusammenfassung

Gebärmutterhalskrebs

- In Deutschland rel. konstante Zahl an Todesfällen um ca. 1.600 p.a.
- Vollstationäre Behandlungsfallzahlen rückläufig,
  Hysterektomien allg. rückläufig, weiterhin große regionale Unterschiede
- Anzahl d. Frauen mit dokumentierten Diagnosen nimmt zu (auch D06, N87)

Screening – Krebsfrüherkennung

- Rel. konstante Teilnahme von jährlich 50 Prozent (Frauen ab 20 Jahre), innerhalb von 5 Jahren 75 Prozent, merklich geringere Raten im Alter 75+
- Erstmalig nach einem Screening bei 0,532% N87, 0,078% D06, 0,047% C53, bei >0,254% operative diagnostische oder therapeutische Eingriffe

HPV-Impfung gemäß STIKO-Empfehlung ab 2007

- Höhen und Tiefen seit Einführung, große regionale Unterschiede
- Bundesweit Ende 2013 Impfraten von 55% für Jahrgang 1996, bis Ende 2014 vermutlich etwa 60%, nachfolgende Jahrgänge voraussichtlich höher, in Sachsen-Anhalt können Impfraten über 80% erwartet werden

Herzlichen Dank!

AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8-10
37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 / 789 52 -0
Telefax: (+49) 0551 / 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de

AQUA
ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

BARMER GEK

BARMER GEK Arztreport 2015

Zum neunten Mal gibt der BARMER GEK Arztreport 2015 einen umfassenden Überblick zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Berichtet werden vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2013, die auf Auswertungen von anonymisierten Daten der BARMER GEK zu mehr als 8 Millionen Versicherten beruhen. Entsprechende Daten standen für Auswertungen ab dem Jahr 2005 zur Verfügung.

Der diesjährige Schwerpunkt des Reportes befasst sich mit dem Thema Gebärmutterhalskrebs. Gemäß Todesursachenstatistik verstarben 2012 in Deutschland 1.617 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, es wurden 14.765 Entlassungen aus vollstationärer Krankenhausbehandlung mit entsprechenden Diagnosen gezählt. Der Arztreport analysiert im Kontext der Erkrankung Ereignisse aus der ambulanten ärztlichen Versorgung, aber auch aus dem Bereich Krankenhausbehandlung. Neben differenzierten Ergebnissen zu Diagnosen von Gebärmutterhalskrebs werden Informationen zur Häufigkeit operativer Eingriffe an der Gebärmutter, aber auch zur Nutzung der Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs dargestellt. Ergänzend dazu wird auf die seit 2007 empfohlene Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) eingegangen, wobei auch Abschätzungen möglicher frühzeitiger Effekte im Jahr 2030 vorgenommen werden. Ein abschließender Abschnitt widmet sich Darstellungen von Ergebnissen einer Befragung zu Erfahrungen von Frauen mit Früherkennungsuntersuchungen und individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Routinemäßig wird im Report eine Vielzahl aktualisierter Auswertungen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, zu Kosten sowie zu Erkrankungen präsentiert.

Der BARMER GEK Arztreport wird in Zusammenarbeit mit dem AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, herausgegeben.

ISBN 978-3-943-74495-8

BARMER GEK

BARMER GEK Arztreport 2015

➔ Infografiken

Schwerpunktthema Gebärmutterhalskrebs

➔ Infografik 1
Diagnosezahlen steigen

➔ Infografik 2
Mehr Diagnosen im Osten

➔ Infografik 3
Gebärmutterhalskrebs: Sinkende Fallzahlen im Krankenhaus

Routineauswertung

➔ Infografik 4
Top 15 der Arztgruppen

➔ Infografik 5
Fallzahlen differieren regional

➔ Infografik 6
Krankheiten in Deutschland

➔ Infografik 7
Frauen sind mutiger

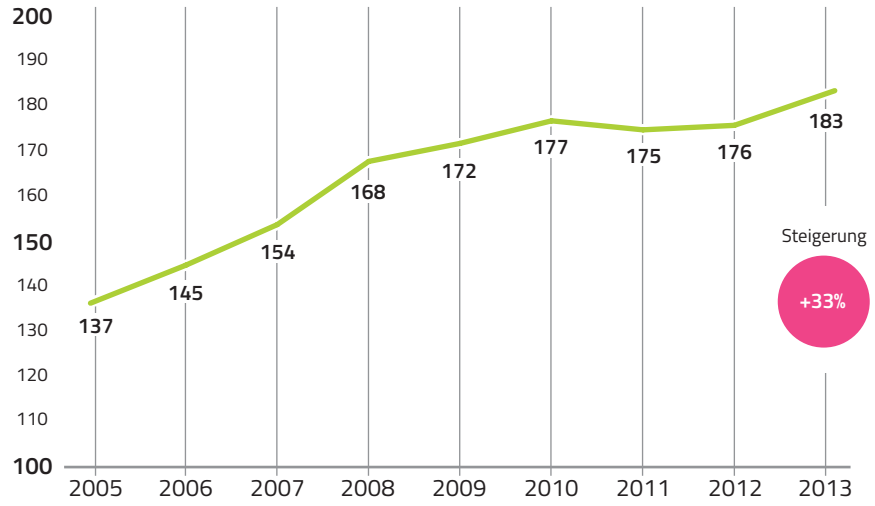
➔ Infografik 8
Spitzenwert über 30 Diagnosen

➔ Infografik 9
Top-Ten der Diagnose-Paare

➔ Infografik 10
Volkskrankheit Nr.1: Bluthochdruck

Diagnosezahlen steigen

Anteil der Frauen mit Diagnose Gebärmutterhalskrebs je 100.000 Frauen, in den Jahren 2005 bis 2013



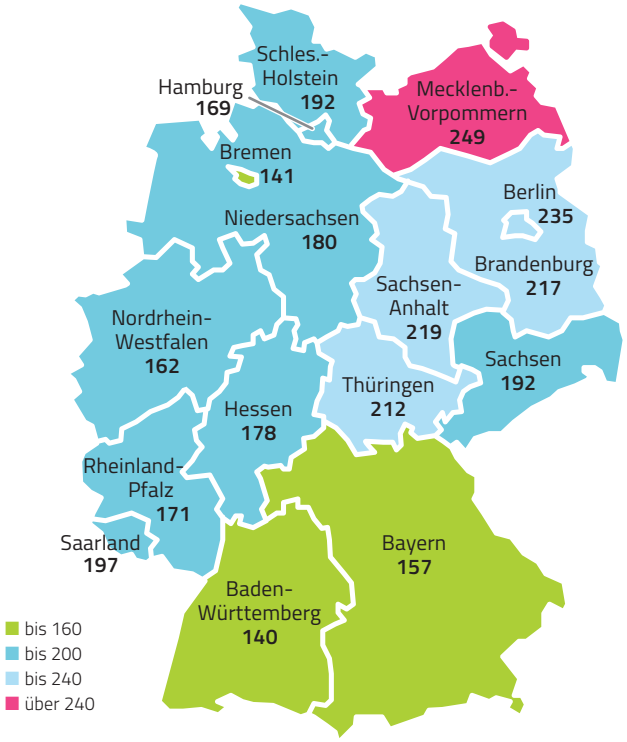
Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Mehr Diagnosen im Osten

Anteil der Frauen mit Diagnose eines Zervixkarzinoms je 100.000 Frauen, jährlicher Durchschnitt in den Jahren 2011 bis 2013, nach Bundesländern



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Gebärmutterhalskrebs: Sinkende Fallzahlen im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung und Sterbefälle mit Diagnose „Bösartige Neubildung der Cervix uteri“ je 100.000 Frauen in Deutschland in den Jahren 2002 bis 2012, altersstandardisiert

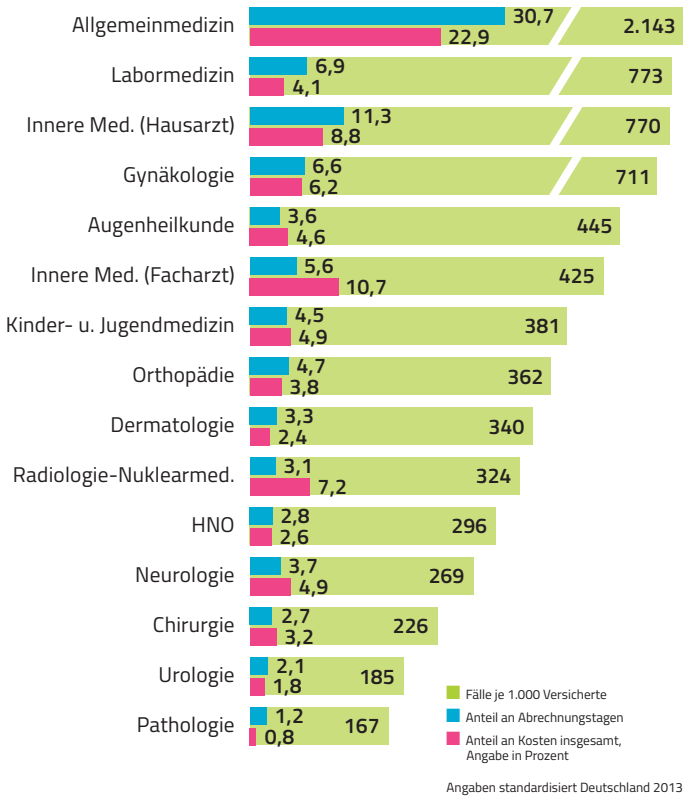
Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Top 15 der Arztgruppen

Anteil der Fachgebiete an Fällen, Abrechnungstagen und Kosten im Jahr 2013



Angaben standardisiert Deutschland 2013

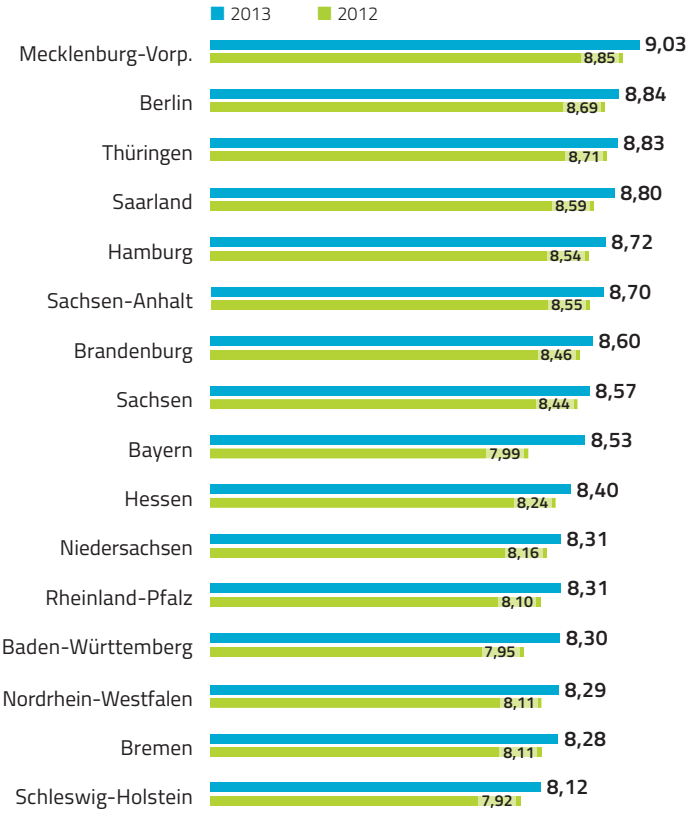
Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Fallzahlen differieren regional

Behandlungsfälle pro Person in der ambulanten medizinischen Versorgung in den Jahren 2012 und 2013, nach Bundesländern



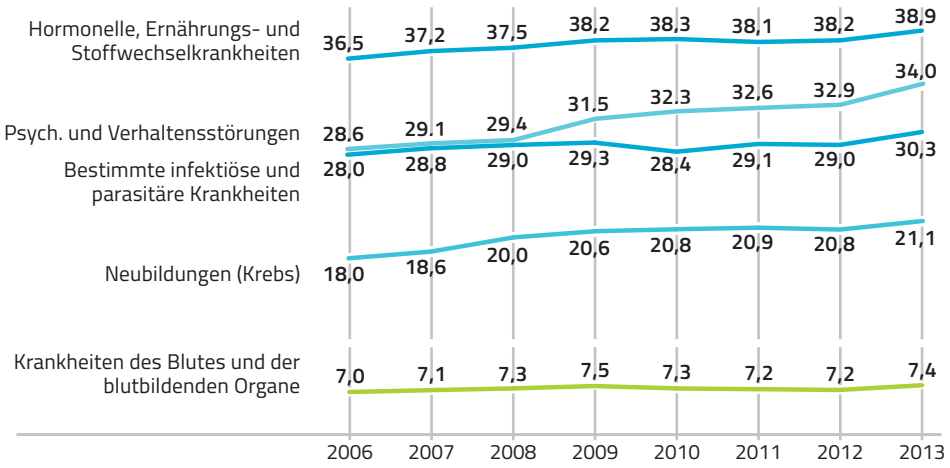
Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Krankheiten in Deutschland

Häufige Diagnosen und Anteile der betroffenen Bevölkerung in Prozent, in den Jahren 2006 bis 2013



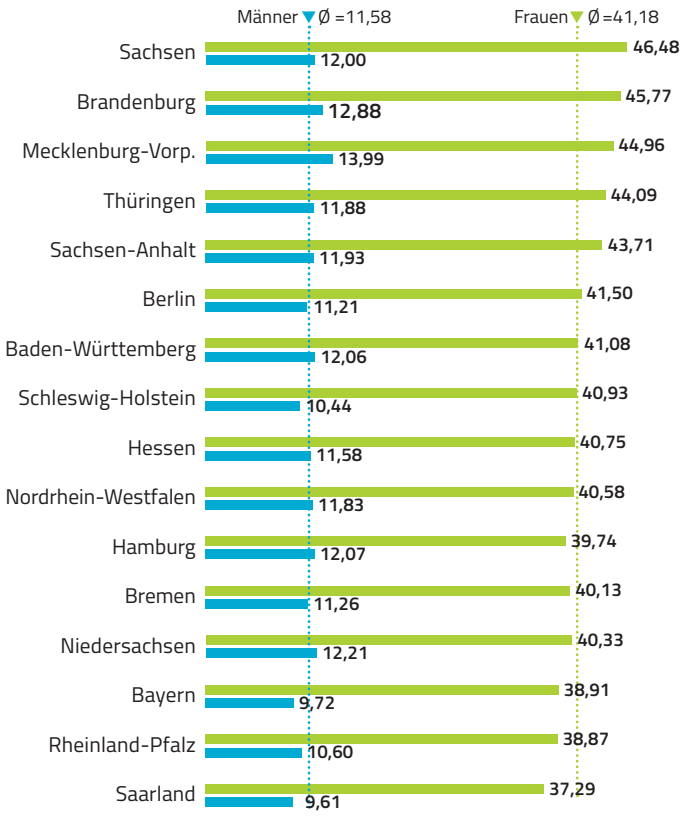
Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Frauen sind mutiger

Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Jahr 2013, nach Bundesländern, Angaben in Prozent



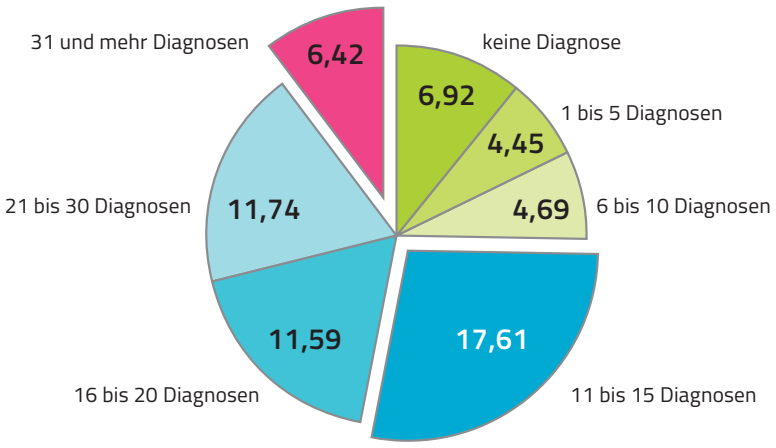
Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Spitzenwert über 30 Diagnosen

Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen im Jahr 2013, Angaben in Prozent



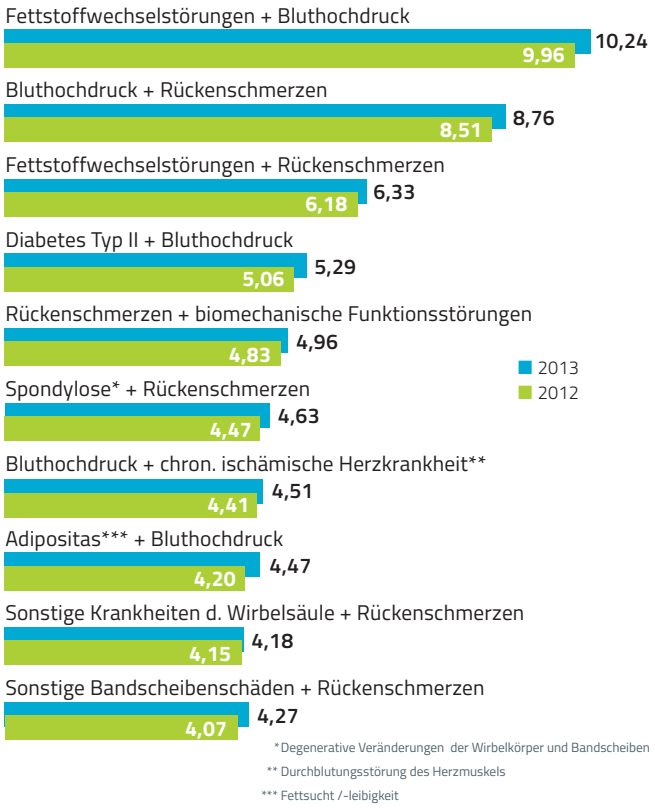
Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Top-Ten der Diagnose-Paare

Die zehn häufigsten Zweier-Kombinationen von Diagnosen, Betroffene in Deutschland in den Jahren 2012 und 2013, Anzahl in Millionen



*Degenerative Veränderungen der Wirbelkörper und Bandscheiben

** Durchblutungsstörung des Herzmuskels

*** Fettsucht /-leibigkeit

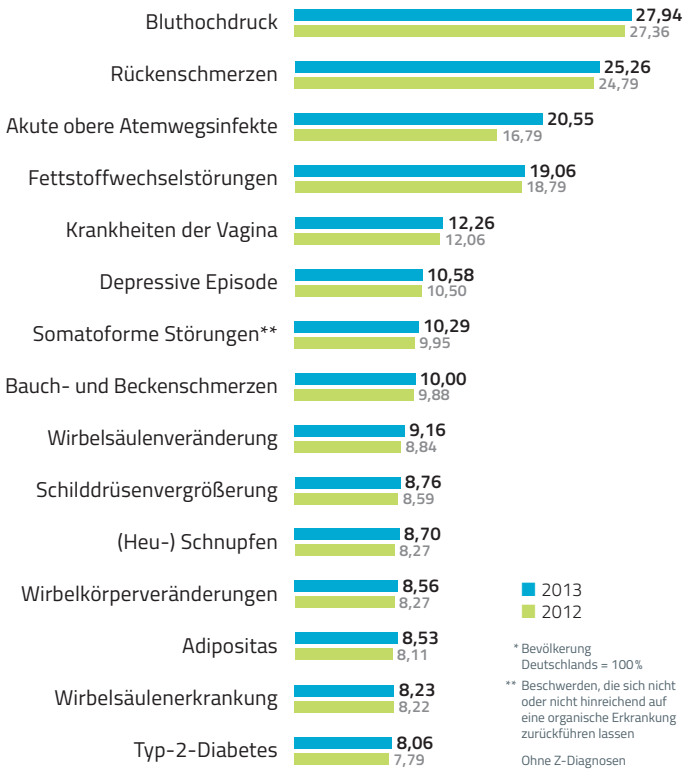
Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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

Volkskrankheit Nr. 1: Bluthochdruck

Die häufigsten Einzeldiagnosen in den Jahren 2012 und 2013, Anteil der Betroffenen in Prozent*



Quelle: BARMER GEK Arztreport 2015

Zurück zum Inhalt

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