

Myokardinfarkt und berufliche Reintegration bei Versicherten einer regionalen Krankenkasse

Bertram Häussler

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin

Seit Mitte der 60er Jahre wurde in der Bundesrepublik Deutschland, wie in vergleichbaren Ländern auch, zur Behandlung des akuten Myokardinfarkts an einem differenzierten Versorgungskonzept gearbeitet. Den Vorstellungen der WHO entsprechend ist es in drei Phasen gegliedert. Die Versorgungskette reicht von der Reanimation und intensivmedizinischen Versorgung (Phase I) über die postakute Rehabilitation (Phase II) bis hin zur Langzeitversorgung durch ein Netz von ambulanten „Herz-Sport-Gruppen“ (Phase III). Ein Spezifikum stellt das in der Bundesrepublik besonders gut ausgebaute System der stationären Rehabilitation dar, das in der Regel in der Phase II die sog. „Anschlussheilbehandlungen“ durchführt.

Die Kritik an der Effektivität und Effizienz des bestehenden Versorgungssystems konzentriert sich zum einen auf das Versagen der beruflichen Reintegration, die nicht in dem Masse erreicht werde, wie dies aus rein medizinischen Gründen möglich sei¹. Zum anderen wird das Unvermögen kritisiert, bei den Patienten langfristige Verhaltensänderungen und damit die Senkung von Risikofaktoren zu bewirken, was für die langfristige Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen von grundlegender Bedeutung ist².

Wesentliche Ursachen für solche Ineffektivitäten werden auf allen Stufen des Rehabilitationsprozesses ausgemacht: Lange Liegezeiten im Akut-Krankenhaus und eine unzureichende frühe körperliche Mobilisierung der Patienten^{3,4}, eine generelle Vernachlässigung psychosozialer Aspekte der Versorgung und die unzureichende Kontinuität der medizinischen und verhaltensmodifizierenden Therapie durch die Hausärzte⁵.

Auf der *strukturellen* Ebene wird vor allem die Aufteilung der Zuständigkeiten auf verschiedene Versicherungsträger kritisiert: Während die Krankenversicherung für Akutbehandlung und spätere ambulante Versorgung (Phasen I und III) zuständig ist, trägt die Rentenversicherung bei erwerbstätigen Versicherten die Kosten für die stationäre Rehabilitation (Phase II). Die stationäre Rehabilitation bereits berenteter Personen trägt jedoch die Krankenversicherung. Die Kritik richtet sich vor allem gegen die unzureichende Kooperation der Versicherungsträger und der verschiedenen Einrichtungen der Versorgungskette⁵. Einige Kritiker

verweisen auch auf die Unangemessenheit der bestehenden stationären Rehabilitation gegenüber den Bedürfnissen eines Teils der Patienten^{6,4}.

Unter den verschiedenen Vorschlägen über *Massnahmen* zur Verbesserung der Situation wird folglich die Steigerung der Zusammenarbeit der verschiedenen behandelnden Einrichtungen als am wichtigsten erachtet. Dabei findet die Verwirklichung der Koordination der verschiedenen Behandlungseinrichtungen vor allem auf der regionalen Ebene eine besondere Betonung⁷. Auf dieser Ebene – das haben Erfahrungen verschiedener Entwicklungsprojekte gezeigt⁸ – ist es von besonderer Bedeutung, ob die an den Versorgungsprozessen beteiligten Gruppen zu einem Konsens über die medizinische Rationalität des Versorgungsgeschehens gelangen. Informationen über die gegenwärtig bestehende Versorgungssituation sind für solche Konsensbildungsprozesse von zentraler Bedeutung. Im Laufe der Entwicklung haben sich Routinedaten aus dem Versorgungsgeschehen als Informationsquelle angeboten, da sie vergleichsweise einfach zur Verfügung zu stellen sind⁹.

In einem regional zentrierten *Projekt zur Verbesserung der Rehabilitation* von Patienten mit akutem Myokardinfarkt werden deshalb zunächst wichtige Prozess- und Ergebnisparameter des Rehabilitationsgeschehens ermittelt. Die Ergebnisse sollten Ausgangspunkt einer Diskussion über den gegenwärtigen Stand und die möglicherweise zu ergreifenden Verbesserungsmaßnahmen sein, die von den am regionalen Rehabilitationsgeschehen beteiligten Berufsgruppen und Institutionen zu führen ist. Die Auswahl der einzelnen Parameter orientierte sich dabei an den Möglichkeiten, die sich durch Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergeben. Im folgenden werden die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme dargestellt.

Daten und Methode

Prozessdaten der gesetzlichen Krankenversicherung

Daten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dokumentieren weite Bereiche des Leistungsgeschehens im Gesundheitswesen und ermöglichen grundsätzlich eine personenbezogene

Verbindung von Daten verschiedener behandelnder Einrichtungen. Die Daten bestimmter Krankenkassen (Ortskrankenkassen) beziehen sich zudem auf die Versicherten in einer bestimmten Region. Für eine detaillierte Beschreibung von GKV-Daten wird auf die Bestandsaufnahme von Schröder et al.¹⁰ verwiesen.

In der vorliegenden Untersuchung konnten neben den Stammdaten der Versicherten (Geburtsjahr, Geschlecht, Versichertenstatus, Versicherungszeit etc.) folgende Leistungsbereiche berücksichtigt werden:

- Arbeitsunfähigkeit,
- Krankenhausaufenthalte sowie
- Aufenthalte in Einrichtungen der stationären Rehabilitation, die von der Rentenversicherung finanziert werden. Ferner wurden auf der Basis der Dokumentation des „Sterbegeldes“
- Daten über den Zeitpunkt und den Umstand des Todes von Versicherten in die Analyse einbezogen.

Für jeden Leistungsbereich sind jeweils Beginn und Ende sowie die zugehörigen Diagnosen angezeigt, bei Krankenhausfällen und stationären Rehabilitationsmassnahmen ausserdem noch die behandelnde Einrichtung.

In der folgenden Analyse steht die Differenzierung nach versicherungsrechtlichen Gruppen im Vordergrund: Zu den „Pflichtversicherten“ gehören in der Hauptsache Erwerbstätige unterhalb einer gewissen Einkommensgrenze und Arbeitslose. Unter den „sonstigen“ Versicherten befinden sich vor allem diejenigen, die entweder über einer gewissen Einkommensgrenze liegen oder z.B. als Selbständige versichert sind. Insbesondere durch die Unterscheidung zwischen (Früh-)Rentnern und Pflichtversicherten soll die Leistung der beiden unterschiedlichen Versicherungsträger transparent gemacht werden.

Informationsgewinnung

Die Prozessdaten entstammten Unterlagen einer Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), die in ihrem regionalen Einzugsbereich, einem kleinstädtisch und ländlich strukturierten Raum, etwa 60% der Bevölkerung versichert. Die Informationen wurden in zwei Schritten gewonnen:

- 1. Vorauswahl von Fällen durch die Krankenkasse und
- 2. Ausschluss von Fällen, die nicht mit einem Myokardinfarkt in Verbindung stehen (falsch positive Fälle) durch eine Kontextinterpretation der GKV-Daten.

Vorauswahl von Fällen durch die Krankenkasse

Zentrale Informationsquelle für die Untersuchung war die sog. „Mitglieder- und Leistungskarte“,

das Kernstück der Dokumentation der Leistungen der Krankenkasse. Mit Hilfe eines strukturierten Erhebungsleitfadens wurden von Mitarbeitern der Krankenkasse die Daten derjenigen versicherten Mitglieder im Alter von 20 bis 65 Jahren zusammengefasst, die im Zeitraum von 1981 bis 1985 einen Myokardinfarkt erlitten haben könnten. Kriterien für diese Erstauswahl waren einmal ein Krankenhaus-Aufenthalt mit einer Diagnose aus einer vorgegebenen Diagnosenliste, die ausser dem eigentlichen Infarkt-Bereich noch eine Reihe weiterer kardiovaskulärer Ereignisse enthielt. Weiterhin wurden zunächst alle Sterbefälle ausgewählt. Die Untersuchung beschränkte sich auf Mitglieder der Krankenkasse; aufgrund der unvollständigen Dokumentation des Leistungsgeschehens mussten mitversicherte Familienangehörige ausgeschlossen werden. Die Daten wurden anonymisiert.

Ausschluss falsch positiver Fälle

Im folgenden wurden alle Fälle ausgeschlossen, die nicht mit der Behandlung eines akuten Myokardinfarktes in Zusammenhang standen. Dabei wurden die Daten von Ärzten durch ihren jeweiligen Behandlungskontext validiert (zur Methode s. Literaturv.¹¹). Von einem Myokardinfarkt wurde ausgegangen, wenn eine Krankenhausbehandlung mit mindestens 14 Tagen Behandlungszeit und der Diagnose „Myokardinfarkt“ stattfand, der Patient überlebte und damit regulär entlassen wurde oder wenn eine Krankenhausbehandlung weniger als 14 Tage Behandlungszeit in Anspruch nahm, jedoch mit dem Tod des Patienten endete¹².

In der Auswertung fanden nur diejenigen Infarktverläufe Berücksichtigung, die im Beobachtungszeitraum als erste auftraten. Damit waren Folgeinfarkte ausgeschlossen, bei denen davon ausgegangen werden musste, dass sie sich aufgrund ihres meist komplizierten Verlaufes zur Darstellung des regulären Versorgungsgeschehens nicht so gut eignen. Ebenso wurden solche Verläufe aus der Betrachtung der Prozess- und Ergebnisparameter ausgenommen, die nicht mit einer regulären Entlassung aus dem Akut-Krankenhaus, sondern in der Akutphase letal endeten. Die Ermittlung des postinfarziellen Erwerbstätigkeits- und Vitalstatus der Patienten (Follow-Up) konnte aufgrund des fixierten „Zeitfensters“, in dem die Daten erfasst wurden (von 1981 bis 1985), nur auf der Basis unterschiedlich langer Fristen (bis maximal fünf Jahre nach dem Infarkt) vorgenommen werden.

Ergebnisse

771 Mitglieder der Krankenkasse hatten im Beobachtungszeitraum mindestens einen Infarkt erlitten. In 63 Fällen ereignete sich ein Zweitinfarkt und in einem Fall ein Drittinfall, insgesamt also

836 Infarkte. 178 Infarkte (21,3%) entfielen auf Frauen, vor allem in höheren Altersgruppen. Bei den 771 Patienten mit einem Erstinfarkt im Beobachtungszeitraum wurden 445 regulär aus dem Krankenhaus entlassen. 219 Patienten verstarben vor der Einlieferung und 107 im Krankenhaus. Die Verteilung der regulär entlassenen Patienten nach Alter und Versichertenstatus zeigt Tabelle 1:

Tab. 1. Regulär entlassene Patienten mit Erstinfarkt im Beobachtungszeitraum nach Alter und Versichertenstatus.

Alter (Jahre)	Pflicht-versicherte	Rentner	sonstige	gesamt
25-34	4	0	0	4
35-44	27	0	1	28
45-54	125	23	18	166
55-64	99	132	16	247
25-64	255	155	35	445

Im folgenden werden zum einen Parameter dargestellt, die den Verlauf des Rehabilitationsprozesses zeigen (Prozessparameter) wie auch das Ausmass der beruflichen Reintegration, der zentrale Ergebnisparameter.

Prozessparameter

Wichtige Prozessparameter, die qualitative Hinweise auf den Rehabilitationsprozess geben und die sich durch Routinedaten der gesetzlichen

Krankenversicherung abbilden lassen, beziehen sich zum einen auf die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen und zum anderen auf zeitliche Aspekte. Für die wichtigsten Glieder der Versorgungskette wurde jeweils dargestellt, welche Anteile der Versichertengruppen eine solche Leistung in Anspruch genommen hatten und wieviel Zeit verstrichen war bis zur Durchführung der jeweiligen Schritte. Untersucht wurden Massnahmen der invasiven Diagnostik und Therapie (Coronarangiographien und Bypassoperationen) sowie der stationären Rehabilitation (Anschlussheilbehandlungen) und die Verweildauer im Akut-Krankenhaus.

Die Liegezeit im Akut-Krankenhaus

388 der 445 Fälle wurden in den fünf Krankenhäusern behandelt, die in der Untersuchungsregion liegen. Die durchschnittliche Liegezeit in diesen Häusern betrug 37,5 Tage, in Krankenhäusern ausserhalb der Untersuchungsregion dagegen nur 27,6 Tage. Die deutliche Erhöhung, insbesondere auch gegenüber dem Bundesdurchschnitt, für den Badura et al. 32 Tage ermittelten⁴, ist in besonderem Masse auf die erhöhte Zahl der Fälle mit einer Dauer von länger als fünf Wochen zurückzuführen (Abbildung 1).

In den einzelnen Krankenhäusern der Region betrug die durchschnittliche Verweildauer 31 bis 44 Tage. Das Krankenhaus mit den höchsten Fallzahlen wies auch die längste Verweildauer auf. Eine Differenzierung der Liegezeiten nach

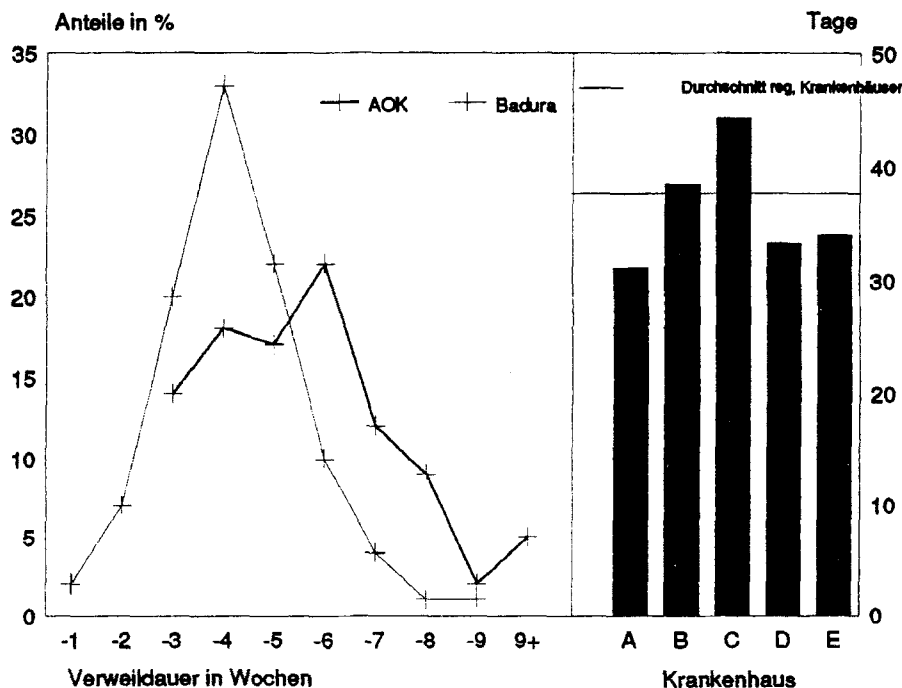


Abb. 1. Liegezeiten in den fünf Krankenhäusern der Region nach Falldauerklassen für Versicherte mit Erstinfarkt (n = 388). Zum Vergleich bundesdeutsche Durchschnittswerte nach Badura et al. 1987. Durchschnittliche Liegezeiten in den einzelnen Krankenhäusern.

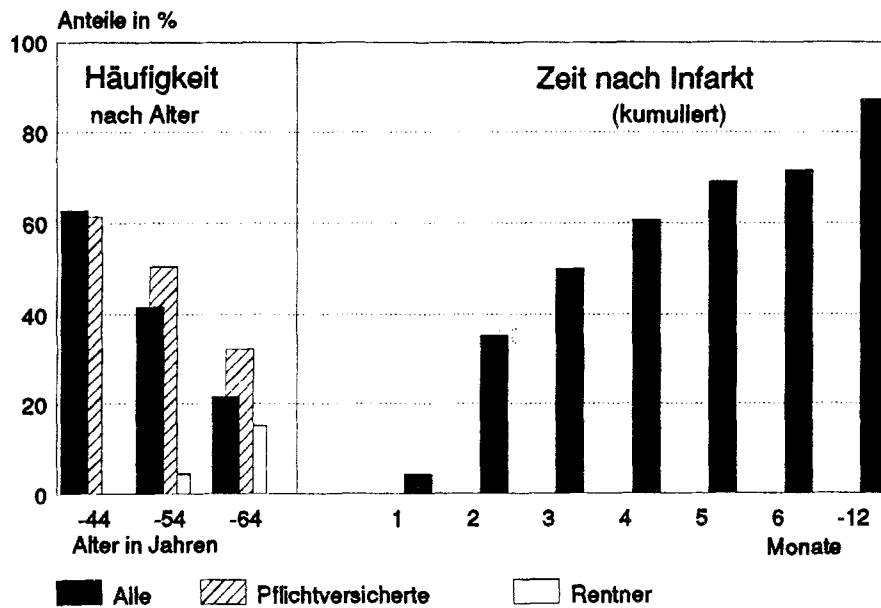


Abb. 2. Versicherte mit **Coronarangiographie** nach Erstinfarkt im Beobachtungszeitraum (n = 142). Prozentanteile nach Alter und Versichertengruppen und dem Zeitpunkt nach dem Infarkt (Bezug: n = 445).

dem Alter der behandelten Patienten ergab, dass sie nicht auf Unterschiede ihrer Altersstruktur zurückgeführt werden kann.

Invasive Diagnostik und chirurgische Therapie

Beide Massnahmen wurden vor allem in zwei cardiologicalen Zentren durchgeführt, die in benachbarten Regionen lagen.

Coronarangiographien. Im Untersuchungszeitraum wurden 142 Coronarangiographien durchgeführt, darunter 114 für Pflichtversicherte und 21 für Rentner. Insgesamt unterzogen sich 31,9% der 445 Versicherten bis zum 65sten Lebensjahr einer solchen Untersuchung.

Die Häufigkeit nahm mit zunehmendem Alter stark ab. Gemessen an der Zahl der Patienten war die Häufigkeit der Durchführung bei den Rentnern weitaus geringer: In der Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren betrug sie mit 15,2% nur etwa die Hälfte gegenüber den Pflichtversicherten (Abbildung 2).

Die relativ langen Zeiträume zwischen Infarkt und Zeitpunkt der Durchführung der Coronarangiographie zeigen sich darin, dass in den ersten drei Monaten nur die Hälfte, nach einem halben Jahr drei Viertel und nach einem Jahr erst 87,3% der Untersuchungen durchgeführt waren.

Bypassoperationen. Insgesamt wurden 6,3% der 445 Versicherten im Untersuchungszeitraum einer Bypassoperation unterzogen. Von den dokumentierten Eingriffen entfielen alle 28 auf die Gruppe der Pflichtversicherten.

Wie auch bei den Coronarangiographien nahm die Operationshäufigkeit mit dem Alter stark ab: während es in der Altersgruppe von 20–64 noch

18,8% der Versicherten waren, ging der Anteil bei den 55- bis 64jährigen auf 2,8% zurück. Betrachtet man nur die Pflichtversicherten, wurden bei den jüngeren noch knapp 20%, bei den älteren etwa 7% operiert (Abbildung 3). Rentner wurden nicht operiert.

Die Fristen, die bis zur Durchführung der Bypassoperationen vergingen, waren deutlich höher als die der Coronarangiographien: Nach fünf Monaten war die Hälfte und nach sieben bis acht Monaten waren drei Viertel der Operationen durchgeführt. Immerhin wurden alle beobachteten Eingriffe im ersten Jahr nach dem Infarkt erledigt.

Stationäre Rehabilitation

Massnahmen zur stationären Rehabilitation fanden 231mal statt, also nur etwa bei jedem zweiten Versicherten. Auch hier nahm die Häufigkeit mit dem Alter stark ab: Während es bei den jüngeren etwa drei Viertel waren, sank die Teilnahmehäufigkeit bei den älteren auf ein gutes Drittel.

Die Unterschiede zwischen Pflichtversicherten und Rentnern sind enorm gross: In der Altersgruppe der 55- bis 64jährigen Pflichtversicherten erfolgte bei gut zwei Dritteln der Infarkte eine Anschlussheilbehandlung, in der Gruppe der Rentner war dies nur noch bei jedem siebten Infarkt der Fall.

Die Frist von maximal zwei Wochen zwischen der Entlassung aus dem Akut-Krankenhaus und dem Beginn der Anschlussheilbehandlung, die im Behandlungskonzept vorgesehen ist, wurde in mehr als der Hälfte der Fälle überschritten. Nach drei Monaten befanden sich erst drei Viertel der Fälle und nach einem halben Jahr immer noch nicht alle in der Reha-Klinik (Abbildung 4).

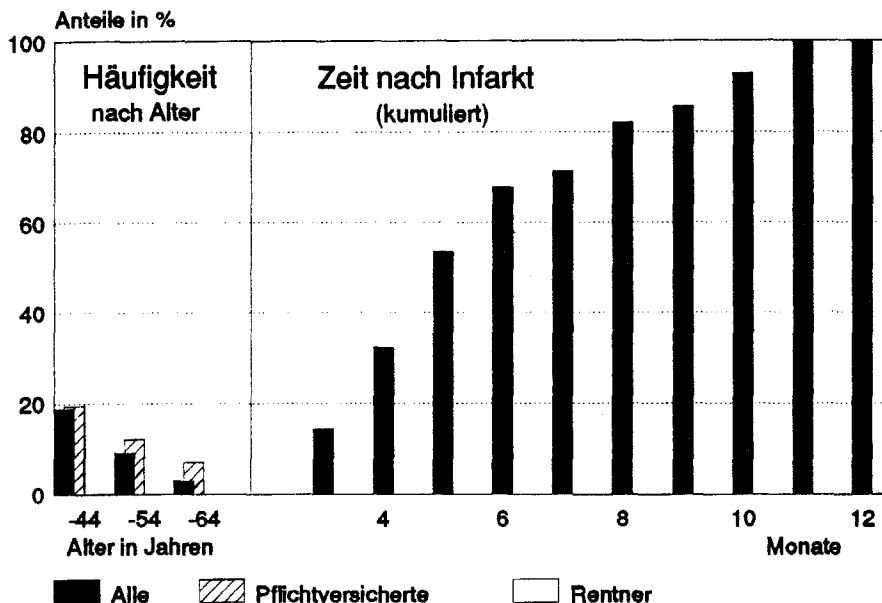


Abb. 3. Versicherte mit **Bypassoperation** nach Erstinfarkt im Beobachtungszeitraum (n = 28). Prozentanteile nach Alter und Versichertengruppen (Bezug: n = 445) und dem Zeitpunkt nach dem Infarkt.

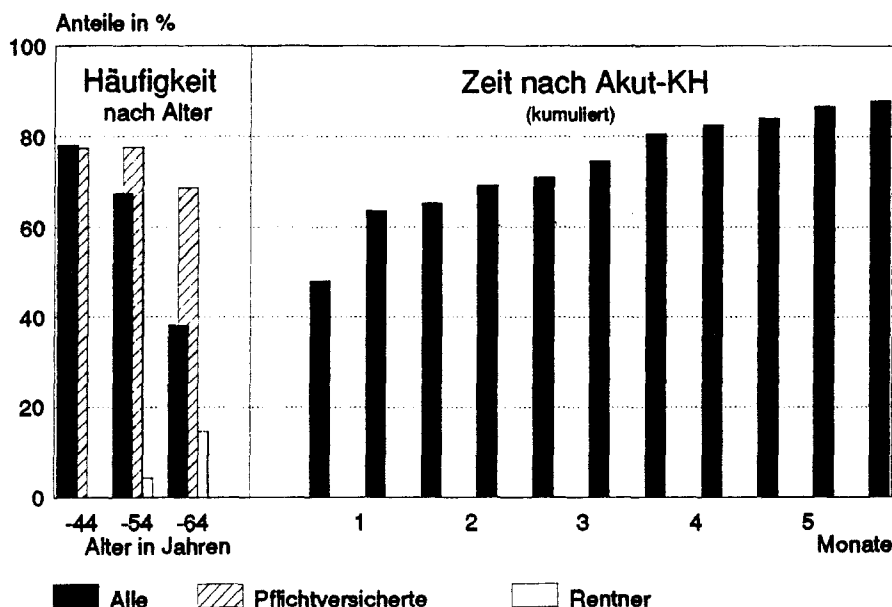


Abb. 4. Versicherte mit **Anschlussheilbehandlung** nach Erstinfarkt im Beobachtungszeitraum (n = 231). Prozentanteile nach Alter und Versichertengruppen und dem Zeitpunkt nach dem Infarkt (Bezug: n = 445).

Die berufliche Reintegration

Zur Darstellung der Ergebnisparameter wurden von den 445 Infarkten nur diejenigen betrachtet, die auf solche Mitglieder der Krankenkasse entfielen, die zum Zeitpunkt des Infarktes jünger als 60 Jahre alt und weder berentet noch arbeitslos waren. Dies betraf 213 Mitglieder, 176 Männer und 37 Frauen. Für diese Personen wurde der Erwerbstätigkeits- und Vitalstatus zu einzelnen Zeitpunkten nach dem Infarkt bestimmt und auf die jeweils im Zeitfenster noch unter Beobachtung stehende Grundgesamtheit bezogen. Für Männer war dies bis zu fünf Jahren nach dem Infarkt mög-

lich, für Frauen aufgrund der wesentlich kleineren Fallzahlen nur bis zu drei Jahren danach.

Die maximale Erwerbsquote der Männer lag bei 49,4%, die der Frauen bei 40,6%. Diese maximale Quote erreichten Männer jedoch erst nach eineinhalb Jahren. Die Erwerbsquote der Frauen hatte bereits nach einem Jahr den maximalen Wert angenommen. Entsprechend lange waren die Versicherten nach dem Infarkt noch krank geschrieben: nach neun Monaten betrug der Anteil der Männer noch 42,6%, der der Frauen 37,9%. Die Berentung setzte bei Männern in verstärktem Masse nach einem Jahr ein, bei Frauen schon nach neun Monaten (Abbildung 5).

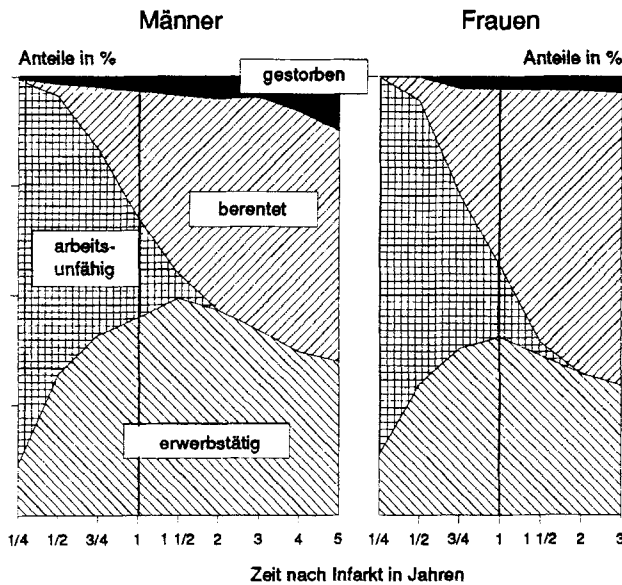


Abb. 5. Versicherte unter 60 Jahren mit Erstinfarkt im Beobachtungszeitraum (n = 213) nach Erwerbs- und vitalem Status.

Diskussion

Methodisches

Auf der Basis des zur Verfügung stehenden Datenmaterials konnten einige Prozess- und Ergebnisparameter dargestellt werden, die auch für den Verlauf der Rehabilitation von Bedeutung sind. Andere Parameter, die das Versorgungsgeschehen innerhalb der Akut- und Reha-Krankenhäuser bzw. den Verlauf der Erkrankung im medizinischen Sinne abbilden, entziehen sich dieser Sichtweise.

Dabei muss die Validität der Daten zur Inanspruchnahme sowie zum Verlauf des Erwerbsstatus und des Vitalstatus nicht in Frage gestellt werden. Eine kritischere Einschätzung gilt jedoch den Diagnosedaten auf den verwendeten Leistungsbelegen¹³. Aufgrund ihres Entstehungskontextes müssen diese Diagnosen hinsichtlich ihres medizinischen Gehaltes für sich genommen sehr kritisch betrachtet werden. Es ist jedoch aus einer Reihe von Studien bekannt¹⁴, dass sich der medizinische Aussagegehalt solcher Daten erheblich steigern lässt, wenn die meist reichlich vorhandenen Kontextinformationen aus dem Behandlungsbereich hinzugezogen werden bzw. die Stellung der Diagnose im zeitlichen Verlauf der Behandlung betrachtet wird¹¹.

Die Situation der Rehabilitation

Die Untersuchung der *Verweildauer* im Akut-Krankenhaus kommt für die Krankenhäuser der Untersuchungsregion zu noch längeren Zeiten, als dies aus anderen Studien bekannt geworden ist⁴. Ein solcher Befund muss nach den bisheri-

gen Erkenntnissen als kritisch bewertet werden. Eine erfolgreiche Rehabilitation ist an eine zügige Behandlung gebunden, die die Ausbildung des Bewusstseins einer dauerhaften Invalidisierung nicht aufkommen lässt¹⁵.

Hinsichtlich der zeitlichen Aspekte kann eine ähnliche Bewertung für die Durchführung von *Coronarangiographien* und *Bypassoperationen* getroffen werden. Obwohl Vergleichszahlen nicht bekannt sind, scheinen die Fristen relativ lang zu sein, wenn man bedenkt, dass solche Massnahmen im direkten Anschluss an den Infarkt durchgeführt werden sollten. Die Höhe der Inanspruchnahme von Coronarangiographien und Bypassoperationen kann für den Untersuchungszeitraum aufgrund fehlender Vergleichsdaten nicht bewertet werden. Die grossen Unterschiede zwischen Pflichtversicherten und (Früh-)Rentnern sollten jedoch nicht direkt bewertet werden, da sich zumindest ein Teil der Unterschiede dadurch erklären lässt, dass bei Rentnern eine solche Massnahme möglicherweise im Rahmen eines Erstinfarktes durchgeführt wurde, der vor dem Untersuchungszeitraum lag.

Dies kann jedoch nicht zur Erklärung des enormen Unterschiedes bei der Inanspruchnahme von Massnahmen der *stationären Rehabilitation* zwischen Pflichtversicherten und Rentnern herangezogen werden, da die Anschlussheilbehandlung in der Regel nach jedem Infarkt durchgeführt werden sollte. Die Unterschiede sind sicherlich zum Teil im Kontext der in der Bundesrepublik getrennten leistungsrechtlichen Zuständigkeit zu sehen: Während die Inanspruchnahme für Pflichtversicherte über die Finanzierung durch die Rentenversicherung relativ gut gesichert werden kann, ist dies bei Rentnern, deren Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, offensichtlich schlecht geregelt.

Das Ausmass der beruflichen Reintegration ist ähnlich gering, wie dies Badura et al.⁴ festgestellt haben: Während in jener Untersuchung un- und angelernte Arbeiter im Alter bis zu 60 Jahren zu 37,6% und Facharbeiter zu 51,1% nach einem Jahr an den Arbeitsplatz zurückkehrten, waren es in dieser Studie ebenfalls nur 45,5%. Die Reintegrationsrate lag im Alter zwischen 55 und 59 Jahren nur noch bei einem Drittel der Untersuchten.

Zum Verwendungskontext der Untersuchung in einem umsetzungsorientierten Projekt

Die wesentlichen Ergebnisse wurden in einer regionalen Arbeitsgruppe diskutiert, die sich eigens für dieses Projekt gebildet hatte. Beteiligt waren die meisten der in den Rehabilitationsprozess integrierten Berufsgruppen und Institutionen. Bei den Diskussionen zeigte sich, dass die Mehrzahl der Beteiligten zwar gewisse Vorstellungen über

Insuffizienzen des Rehabilitationsprozesses in der Region hatte, sie aber dennoch über das Ausmass der Mängel erstaunt waren.

In den Diskussionen wurde über die Bestandsaufnahme hinausgegangen und einige Problem-bereiche benannt, die in einem ursächlichen Zusammenhang stehen könnten: Mangelnde Ausschöpfung der diagnostischen Möglichkeiten in den Akut-Krankenhäusern, regionale Eigenheiten der Patienten, regional begrenzte Kapazitäten zur Durchführung von Coronarangiographien und Bypassoperationen, unzureichende Befundübermittlung bzw. Kommunikation zwischen den einzelnen behandelnden Einrichtungen. Ferner wurde deutlich, dass nahezu alle Beteiligten über nur geringe Informationen hinsichtlich der beruflichen Situation der Patienten verfügten.

Als ein Resultat des Projektes wurde die Durchführung eines regionalen Modellversuches zur Verbesserung der Infarkt-rehabilitation beschlossen. Wichtige Ziele sind zum einen die Formulierung eines regionalen Behandlungs- und Rehabilitationskonzeptes für Patienten mit akutem Myokardinfarkt, das auf die Zusammenarbeit der behandelnden Einrichtungen abgestimmt ist. Zum anderen soll eine frühzeitige Orientierung der Patienten auf die Möglichkeiten hin stattfinden, die durch die bestehenden Einrichtungen gegeben sind. Dies soll durch eine Kontaktaufnahme eines „Rehabilitationsfachberaters“ bereits im Akut-Krankenhaus geschehen.

Die vorliegenden Erfahrungen erlauben den Einsatz der hier dargestellten Methodik im Rahmen der Evaluation dieses Modellversuches. Ferner können Studien dieser Art in relativ einfacher Weise in anderen Regionen wiederholt werden und damit sowohl für Zwecke der Gesundheitsberichterstattung wie auch der Qualitätssicherung genutzt werden.

Zusammenfassung

Für eine Region in der Bundesrepublik Deutschland wurden wichtige Prozess- und Ergebnisindikatoren der Versorgung von Patienten mit akutem Myokardinfarkt dargestellt. Die Untersuchung basierte auf Routinedaten der Krankenversicherung und beschränkte sich auf Patienten unter 65 Jahren. Die Verweildauer im Krankenhaus lag bei über fünf Wochen. Die Hälfte der Patienten, die sich einer Coronarangiographie bzw. Bypassoperation unterzogen, wartete länger als drei bzw. fünf Monate auf den Eingriff. Bis zum Beginn der Behandlung in einer Rehabilitationsklinik vergingen bei über der Hälfte der Patienten mehr als zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Inanspruchnahme lag bei den noch berufstätigen Patienten zwar bei etwa drei Viertel, bei den bereits berenteten Patienten

jedoch nur bei etwa 15%. Nur etwa die Hälfte der Männer unter 60 Jahren fand nach dem Infarkt wieder in den Beruf zurück. Dabei war knapp die Hälfte der männlichen Patienten mehr als neun Monate arbeitsunfähig. Die Untersuchung war Ausgangspunkt eines Projektes, das für diese Region Massnahmen zur Verbesserung der Rehabilitation entwickeln soll. Die Verwendung von Routinedaten hat sich als günstig erwiesen. Studien dieser Art lassen sich in anderen Regionen relativ einfach wiederholen.

Résumé

Infarctus du myocarde et réintégration professionnelle:

analyse à partir des données d'une caisse-maladie

Dans une région de l'Allemagne Fédérale, quelques indicateurs concernant le processus et le résultat des soins concernant les patients atteints d'infarctus du myocarde sont présentés. Cette étude concerne les patients âgés de moins de 65 ans et est exclusivement basée sur les données de routine d'une caisse-maladie. La durée de séjour hospitalière dépassait cinq semaines. La moitié des patients ayant eu une angiographie coronaire ou un pontage coronarien ont eu à attendre l'intervention trois mois, respectivement six. La moitié des patients qui ont fréquenté un service de réadaptation ont dû attendre plus de deux semaines après le départ de l'hôpital de soins aigus. Les services de réadaptation étaient utilisés par 75% des patients qui étaient professionnellement actifs avant l'infarctus, contre 15% pour les patients qui étaient déjà à la retraite. La moitié des hommes âgés de moins de 60 ans sont retournés à leur travail après l'infarctus. La moitié des patients étaient encore invalides neuf mois après l'infarctus. Cette étude fait partie d'un projet de développement des soins aux patients atteints d'infarctus dans cette région; elle a montré que les données disponibles de routine peuvent être efficacement utilisées pour décrire la situation actuelle. Des études similaires devraient être répétées dans d'autres régions du pays.

Summary

Return to work after myocardial infarction of members of a regional sickness fund

For a region in the Federal Republic of Germany, some important indicators for procedures and outcomes of the care of myocardial infarction patients have been demonstrated. The study was restricted to patients under 65 years of age and was based on routine data from the health insurance fund. Length of stay in the hospital was more than five weeks. Half of the patients who underwent coronary angiography coronary bypass surgery had to

wait longer than three or five months, respectively, for the procedure. Half of the patients who were treated in a rehabilitation clinic had to wait more than two weeks elapsed after discharge from the acute care hospital. Utilization of this type of service was about 75% for patients who were employed before the infarction compared to only about 15% for patients who had already been retired from work. Only about half of the men under 60 years returned to work after their infarction. Half of the patients were still disabled after nine months after onset of disease. The study was part of a project for the development of care for patients with myocardial infarction in that region. It turned out that routine data are effective for the description of the situation. Studies of this type can be repeated in other regions with comparable little effort.

Literaturverzeichnis

- 1 Weiss B. Rückkehr zur Arbeit nach erstem Herzinfarkt in Hamburg (Ergebnisse der Infarkt-Nachsorge-Studie INS). In: Stein G (Hrsg.) Probleme der Wiederaufnahme der Arbeit nach Herzinfarkt. Timmendorfer Strand 1984: 73–84.
- 2 Lehmann H, Bauer J, Kaufhold G. Der somatische Krankheitsverlauf. In: Badura B, Kaufhold G, Lehmann H, Pfaff H, Schott T, Waltz M. Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer, 1987: 33–64.
- 3 Keck M. Diagnostischer Status, Mobilisierung und Risikofaktorenprofil von Herzinfarktpatienten der Rehabilitationsphasen I und II. In: Herz/Kreislauf 21, 1989; 4: 161–166.
- 4 Badura B, Kaufhold G, Lehmann H, Pfaff H, Schott T, Waltz M. Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer, 1987.
- 5 Schmidt A. Die Rehabilitation in der Rentenversicherung – Gedanken zur Weiterentwicklung. In: Deutsche Rentenversicherung 1988; 9: 519–563.
- 6 Schönstedt S. Ambulante Infarkt-rehabilitation – Indikation, Nutzen, Kosten. In: Medizin 1986; 51/52: 32–35.
- 7 Fuchs H. Entwicklungsperspektiven für die Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Soziale Sicherheit 1990; 4: 103–110.
- 8 Neuhaus R, Paquet R, Schröder WF. Epidemiologische Transparenz und sozialmedizinischer Diskurs als Instrument der Mengensteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung am Beispiel von Krankenhausleistungen. In: WSI-Mitteilungen 1985; 10: 607–614.
- 9 Affeld D. Für mehr Leistungs- und Kostentransparenz in der GKV. In: KrV 1984: 284–291 und KrV 1985: 5–13.
- 10 Schröder WF, Reschke P, Häussler B, Witt K. Daten der gesetzlichen Krankenversicherung – Bestandsaufnahme. In: Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bd. II. Sankt Augustin: Asgard, 1990: 767–830.
- 11 Häussler B, Schröder WF. Kontextanalyse von Behandlungsverläufen auf der Basis von Prozessdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Borgers D, Schröder WF (Hrsg.) Behandlungsverläufe in der ambulanten medizinischen Versorgung. Möglichkeiten ihrer Analyse auf der Basis von Routinedaten der Krankenversicherung. Schriftenreihe Gesundheitsforschung, Bd. 99 der Forschungsberichte des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Bonn 1984: 20–31.
- 12 Karbe S. Methodische Voraussetzungen zur Analyse der Effektivität beruflicher Rehabilitation nach Myokardinfarkt auf der Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Silomon H, Brennecke R, von Ferber C, Laaser U (Hrsg.) Sozialmedizin Sozialrecht Gesundheitsökonomie. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer, 1986: 196–201.
- 13 Schwartz FW, Schwefel D (Hrsg.) Diagnosen in der ambulanten Versorgung – Eine Expertenbefragung in der Bundesrepublik Deutschland. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1980.
- 14 Häussler B. Die ambulante Behandlung im Vorfeld eines akuten Myokardinfarktes. In: Allgemeinmedizin 1989; 18: 5–8.
- 15 Stewart M, McGregor FM. Early discharge and return to work following myocardial infarction. In: Soc Sci Med 18, 1984; 12: 1027–1036.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Bertram Häussler
 Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
 Otto-Suhr-Allee 18/20
 D-1000 Berlin 10