

## Sektorübergreifende Analysen

# Chronische Herzkrankheiten: Umfassender Überblick zum medizinischen Versorgungsgeschehen

Seit 2004 stehen den Krankenkassen neben den stationären auch die anonymisierten ambulanten Diagnose- und Behandlungsdaten ihrer Versicherten zur Verfügung. Mit diesen Datenbeständen lassen sich sektorübergreifende Analysen erstellen, die das medizinische Versorgungsgeschehen wesentlich genauer abbilden. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat jetzt eine solche Analyse für die Koronare Herzkrankheit und die Herzinsuffizienz vorgelegt.

Koronare Herzkrankheit (KHK) und Herzinsuffizienz gehören zu den vorherrschenden Volkskrankheiten. Sie stellen die häufigsten Todesursachen in Deutschland dar und führen die Krankenhaus-Diagnosestatistiken an. Dies war Anlass, eine sektorübergreifende Analyse durchzuführen, für die das WIdO die bislang sektoral organisierten Leistungsdatenbestände der bundesweit 24 Millionen AOK-Versicherten anonymisiert miteinander verzahnte.

Im Jahr 2004 wurde – im Krankenhaus oder bei den niedergelassenen Ärzten – bei 5,3 Prozent der Bevölkerung eine KHK, bei 2,9 Prozent eine Herzinsuffizienz diagnostiziert.

Innerhalb eines Jahres wurden 34,5 (KHK) beziehungsweise 37,0 (Herzinsuffizienz) Praxiskontakte pro Patient abgerechnet. Knapp 48 Prozent der KHK-Patienten und 59 Prozent der Herzinsuffizienzpatienten waren innerhalb eines Jahres mindestens einmal in stationärer Behandlung.

Bei beiden Erkrankungen stellen Krankenhausbehandlungen den größten Kostenblock dar: Sie machen rund zwei Drittel der Gesamtausgaben aus. Auf Arzneimittel entfallen rund 20 Prozent der Ausgaben, auf die ambulante Versorgung 12,9 (KHK) beziehungsweise 10,7 Prozent (Herzinsuffizienz). Insgesamt wendeten die Krankenkassen durchschnittlich pro Kopf 5.125 Euro für KHK-Patienten und 6.617 Euro für Herzinsuffizienzpatienten auf.

Unterschiede in der Patientenversorgung zeigen sich beim Vergleich der Bundesländer: So werden in Thüringen zwei von drei Herzinsuffizienzpatienten stationär behandelt, in Baden-Württemberg hingegen nur jeder Zweite.

Mit den Routine- und Leistungsdaten, ab 2004 ergänzt um Diagnose- und Behandlungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich, steht den Krankenkassen bei sorgfältiger Analyse ein immenser Fundus für die unterschiedlichsten Fragestellungen bereit.

Zunehmende Bedeutung bei der Nutzung sektorübergreifender Datenbestände gewinnen Patientenklassifikationssysteme. Sie haben zum Ziel, zukünftige Krankheitskosten oder Krankheitsfolgekosten abzuschätzen. Auf dieser Basis können spezielle Versorgungsangebote, zum Beispiel solche der integrierten Versorgung, Hausarztmodelle oder Disease-Management-Programme, gezielt an diejenigen Versicherten gerichtet werden, die davon am meisten profitieren. Damit lässt sich die medizinische und ökonomische Effizienz solcher Angebote erhöht. ■



**Christian Günster**,  
Leiter des WIdO-  
Forschungsbereichs  
Integrierte Analysen

„Leistungsanalysen für chronische Erkrankungen sind mit GKV-Routinedaten der wichtigsten Leistungsbereiche auch bei sehr großen Datenmengen machbar.“

*Der Tod ist groß.  
Wir sind die Seinen  
lachenden Munds.  
Wenn wir uns  
mitten im Leben meinen,  
wagt er zu weinen  
mitten in uns.*

Rainer Maria Rilke

## Christian Vetter

★ 22. Dezember 1957 † 21. März 2008

Wir müssen leider viel zu früh Abschied nehmen von unserem Kollegen Christian Vetter. Wir sind sprachlos.

Institutsleitung

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

**WIdO-TICKER:** Dr. Klaus Jacobs übernimmt im Sommersemester 2008 einen Lehrauftrag zum Thema „Praxis des Krankenversicherungsmanagements“ an der Universität Duisburg-Essen +++ Informationen zum Praktikantenprogramm des WIdO unter [www.wido.de](http://www.wido.de) +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter [www.wido.de](http://www.wido.de) +++ Direktbestellungen von WIdO-Publikationen unter Telefon 0228 843-131, Fax 0228 843-144

## Vertragsärztliche Gesamtvergütung

### Woher kommt in Zukunft das Geld für Einzelverträge?

**Ende 2008 läuft die Ein-Prozent-Regelung zur „Anschubfinanzierung“ von Einzelverträgen aus. Wie es weiter gehen soll, ist noch unklar.**

Im vertragsärztlichen Bereich stehen Kassen und Leistungserbringern verschiedene Optionen für die Gestaltung selektiver Verträge zur Verfügung. Die Vielzahl der Vertragsabschlüsse, insbesondere im Bereich der integrierten Versorgung und der hausarztzentrierten Versorgung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass schon die derzeitigen finanziellen Rahmenbedingungen große Schwierigkeiten machen.

Die ab 2009 noch ungelöste „Bereinigungsproblematik“ stellt

vor allem für die Krankenkassen ein zentrales Hindernis bei der Vereinbarung von zukünftigen Einzelverträgen dar. Auch wenn inzwischen eine Bereinigungspflicht für die vertragsärztliche Gesamtvergütung vorgesehen ist, das heißt, für die Einzelverträge ein Teil aus der Gesamtvergütung herausgelöst werden soll, sind die gesetzlichen Vorgaben für ein solches Verfahren relativ unpräzise. Unter diesen Bedingungen kann eine Einigung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen über die Höhe der Kürzung der Gesamtvergütung als äußerst unwahrscheinlich angesehen werden. Das Problem könnte nur gelöst werden, wenn der Gesetzgeber das Bereinigungsverfahren konkretisiert.

An diesem Punkt knüpft ein kürzlich erschienener Beitrag von Sabine Schulze (WIDO) und Antje Schwinger (IGES Institut GmbH) an. Die Autorinnen stellen zwei mögliche Ansätze von Bereinigungsverfahren für die vertragsärztliche Vergütung vor und diskutieren die beiden Verfahren im Hinblick auf die Genauigkeit des jeweils berechneten Bereinigungsbetrags die Verhandlungsanfälligkeit und den technischen Umsetzungsaufwand. ■

**Sabine Schulze, Antje Schwinger (2008): Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung – Verhinderung von Doppelfinanzierung bei Selektivverträgen. Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 1/2008, S. 34–45**

## Krankenstände in deutschen Betrieben

### 2007 erstmals wieder steigende Fehlzeiten

**In fast allen Branchen der deutschen Wirtschaft meldeten sich die Arbeitnehmer im vergangenen Jahr wieder öfters krank. Das zeigt eine aktuelle Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).**

Im Jahr 2006 erreichten die Fehlzeiten in den Betrieben den niedrigsten Stand seit mehr als zehn Jahren. Im vergangenen Jahr stiegen sie erstmals wieder an. Bei den 9,5 Millionen AOK-versicherten

Arbeitnehmern lag der Krankenstand 2007 bei 4,5 Prozent (Vorjahr: 4,2 Prozent). Dies entspricht 16,3 (2006: 15,4) Kalendertagen. Der Anstieg ist hauptsächlich auf eine Zunahme von Infektionen, Atemwegs- und psychischen Erkrankungen zurückzuführen.

Deutliche Unterschiede gab es wie in den Vorjahren zwischen den einzelnen Wirtschaftszweigen. Hohe Ausfallzeiten sind beispielsweise in der Abwasser- und Abfallbeseitigung (22,8 Tage je

AOK-Mitglied), der Metallherzeugung und -verarbeitung (19,8 Tage), der Autoindustrie (18,9 Tage) und öffentlichen Verwaltung (18,7 Tage) zu verzeichnen. Branchen wie die Datenverarbeitung (9,1 Tage), das Kreditgewerbe (11,1 Tage), Forschung und Entwicklung (12,7 Tage) sowie der Einzelhandel (13,2 Tage) wiesen eher niedrige Fehlzeiten auf. ■

**Weitere Infos:**  
[www.wido.de](http://www.wido.de) -> Aktuelles

**DAS WIDO AUF KONGRESSEN:** Dr. Klaus Jacobs: „Kassenwettbewerb und Gesundheitsfonds – Vorsicht: ‚vermintes‘ Gelände!“, Forum der AOK Bayern, München, 04/08 +++ Dr. Klaus Jacobs: „Wettbewerb in der Sozialen Krankenversicherung – Erfahrungen des Marktführers“, Tagung „Wettbewerb und Solidarität“ der Österreichischen Sozialversicherung und FH Kärnten, Villach, 05/08 +++ Dr. Klaus Jacobs: „Zukunft des Risikostrukturausgleichs“, Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen im Gesundheitswesen (ASG) Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, 06/08