

Hohe 30-Tage-Sterblichkeit nach Herzinfarkt: Kein Rückschluss auf Versorgungsmängel in Deutschland

Nach Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) versterben in Deutschland rund 8,5% der Patient:innen, die wegen eines akuten Herzinfarkts im Krankenhaus aufgenommen werden, dort innerhalb von 30 Tagen. Der OECD-Durchschnitt liegt mit 6,9% deutlich niedriger. Dabei nimmt Deutschland in Europa einen Spitzenplatz bei den Gesundheitsausgaben und der Verfügbarkeit von kardiologischen Verfahren ein. Ein Team von Wissenschaftler:innen der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen und der Universitätsmedizin Essen hat diese widersprüchliche Situation nun genauer untersucht und festgestellt: Die Situation ist besser als die Zahlen vermuten lassen.

In einem durch die Deutsche Herzstiftung e.V. geförderten Projekt konnten sie zeigen, dass die Unterschiede in der 30 Tages-Krankenhaussterblichkeit im Wesentlichen durch Artefakte hervorgerufen werden. Damit sind Faktoren gemeint, die die Berechnung der Sterblichkeit – aber nicht die Patientenversorgung beeinflussen. Aussagekräftige Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität können daher nur sehr eingeschränkt gezogen werden.

„In den Niederlanden und skandinavischen Ländern liegt die Sterblichkeit von Patient:innen, die wegen eines akuten Herzinfarkts in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, zwischen 3 und 4,5 Prozent, das heißt, sie ist nur etwa halb so hoch wie in Deutschland“, erklärt Dr. Susanne Stolpe, Erstautorin der kürzlich in „Clinical Research in Cardiology“ veröffentlichten Studie. „Bisher wurde diese vergleichsweise hohe 30-Tages Krankenhaussterblichkeit nach Herzinfarkt in Deutschland als Hinweis auf Mängel in der Akutversorgung und der Effizienz des deutschen Gesundheitswesens gewertet.“ Die Essener Epidemiolog:innen haben verschiedene Daten gesammelt, um die Lage tiefergreifend analysieren zu können. Dabei zeigte sich, dass gesundheitliche Risikofaktoren (z.B. Häufigkeit des Rauchens in den verschiedenen Ländern) und Begleiterkrankungen der Patienten, aber auch Unterschiede in der leitliniengerechten Behandlung die großen Unterschiede in der Krankenhaussterblichkeit nach akutem Herzinfarkt in den europäischen Ländern nicht erklären konnten. Wichtiger waren Unterschiede in der Registrierung von Patient:innen bei der Krankenhausaufnahme und Unterschiede in den Strukturen der Gesundheitssysteme in den miteinander verglichenen europäischen Ländern.

„Gerade in der Registrierung von Patient:innen und der Organisation der Gesundheitsversorgung konnten wir erhebliche Unterschiede feststellen. Das führt bei der Berechnung der Krankenhaussterblichkeit zu verzerrten Ergebnissen“, so Prof. Dr. Andreas Stang, Leiter des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) in Essen. Zwei Faktoren fallen besonders ins Gewicht. „Zum einen spielt die Nichterfassung von Tagesfällen, also Herzinfarktpatient:innen mit einem nur sehr kurzen Klinikaufenthalt, eine große Rolle. In den Niederlanden gehen diese Personen z.B. nicht in die Berechnung ein. Zum anderen werden Patient:innen für die Akutbehandlung eines Herzinfarkts in Deutschland seltener verlegt als z.B. in skandinavischen Ländern. Beides führt zu einer niedrigeren berechneten Krankenhaussterblichkeit.“ In Deutschland ist die Verlegungshäufigkeit von Patient:innen mit akutem Herzinfarkt geringer, weil eine Katheteruntersuchung und das Einsetzen von Stents in vielen Krankenhäusern möglich ist. Das Autor:innenteam ist deshalb der Meinung, dass der bei der OECD für Deutschland

bereitgestellte Indikator zur Krankenhaussterblichkeit nach Herzinfarkt („AMI 30-day mortality using unlinked data“) keine validen Rückschlüsse auf die Qualität der Gesundheitsversorgung zulässt.

Originalpublikation:

OECD indicator ‘AMI 30-day mortality’ is neither comparable between countries nor suitable as indicator for quality of acute care | Clinical Research in Cardiology

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00392-023-02296-z.pdf?pdf=button%...>