

# Überlegungen zu Validität und Vergleichbarkeit von Daten der Todesursachenstatistik, GKV Daten und Registerdaten am Beispiel Herzinfarkt

B Maier, S Behrens, R Busse, G Jonitz, R Schoeller, H Schühlen, H Theres

Keywords:

## Hintergrund

Wenn mit Routinedaten Qualitätsvergleiche erstellt werden, fragt sich, wie valide Routinedaten den Versorgungsalltag abbilden oder ob andere Erhebungen notwendig sind, um ein realistisches Bild des Versorgungsalltags zu zeichnen?

## Methode

Am Beispiel der Erkrankung Herzinfarkt (I21-22) wurden Daten der Todesursachenstatistik, der Krankenhausstatistik und des Berliner Herzinfarktregisters (BHIR) verglichen. Im BHIR werden seit 1999 kontinuierlich Daten zur stationären Versorgung von Herzinfarktpatienten gesammelt.

## Ergebnisse

Nach Todesursachenstatistik ist die altersstandardisierte Sterbeziffer am Herzinfarkt in Berlin seit Jahren die bundesweit niedrigste. Im Gegensatz dazu ist nach Krankenhausstatistik der Anteil an am Herzinfarkt verstorbenen Krankenhauspatienten altersstandardisiert in Berlin vergleichbar mit dem Bundesgebiet. Diese Diskrepanz könnte im Prinzip der monokausalen Kodierung der Todesursachenstatistik liegen. Während in der Krankenhausstatistik der am Herzinfarkt verstorbene Patient auch als Herzinfarktstoter in die Statistik eingeht, geht in der Todesursachenstatistik in Berlin häufig das Grundleiden, definiert als Hypertonie, als Todesursache in die Statistik ein.

Der Vergleich Krankenhausstatistik und Daten des BHIR zeigt, dass die Einschlusskriterien definitionsgemäß differieren. Beim BHIR handelt es sich um ein von kardiologischen Abteilungen getragenes Qualitätsregister, in das aufgrund einer kardiologischen Diagnose nur eindeutig definierte Infarktpatienten eingeschlossen werden, weil letztlich nur für dieses Kollektiv qualitätssichernde Maßnahmen sinnvoll erscheinen.

Demgegenüber werden in der Krankenhausstatistik sämtliche Patienten mit erhöhtem Troponinwert, der der Definition des Herzinfarkts zugrunde liegt, als Herzinfarktpatienten kodiert, wobei hier abrechnungsrelevante Aspekte eine führende Rolle spielen. Diese unterschiedlichen Einschlusskriterien führen dazu, dass die Fallzahl im BHIR geringer und die Krankenhaussterblichkeit niedriger ist als in der Krankenhausstatistik und dass in der Altersgruppe >85 Jahre weniger Frauen ins BHIR eingeschlossen werden.

## Schlussfolgerungen

Am Beispiel Herzinfarkt lassen sich große Unterschiede zeigen zwischen den existierenden Datensätzen, die jeweils im Zweck der verschiedenen Erhebungen begründet liegen und die eine Vergleichbarkeit erschweren.

Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen, müsste das BHIR die Vollständigkeit der Erfassung erhöhen, die Kodierung in der Todesursachenstatistik vereinheitlicht werden und eine weiterführende externe Validierung der GKV Daten erfolgen.

