

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

Birga Maier, Steffen Behrens, Reinhard Busse,
Günter Jonitz, Ralph Schoeller, Helmut
Schühlen, Heinz Theres
für das Berliner Herzinfarktregister

Berliner Herzinfarktregister (BHIR)

- ◆ Prospektive Studie zur stationären Behandlung von PatientInnen mit akutem Herzinfarkt (Prähospitalzeit <48h) in Berlin
 - ◆ Datenerfassung seit 1999 fortlaufend
 - ◆ Teilnahme von bis zu 25 Berliner Kliniken
 - ◆ Erhebung mit mehrseitigem Fragebogen
 - ◆ Regelmäßiges Monitoring
 - ◆ **Seit 1999 Daten von mehr ca. 15.000 Patientinnen und Patienten erfasst**
- Hauptziel: Verbesserung der stationären Versorgung von HerzinfarktpatientInnen

Warum beschäftigen wir uns mit Routinedaten?

Können wir das BHIR zur Qualitätssicherung aufrecht erhalten, wenn gleichzeitig mit Hilfe der existierenden Routinedaten wesentlich kostengünstiger und weniger aufwendig Qualitätsvergleiche (IQ^M, QSR Projekt) vorgenommen werden können?

Qualitätssicherung

Mit Routinedaten

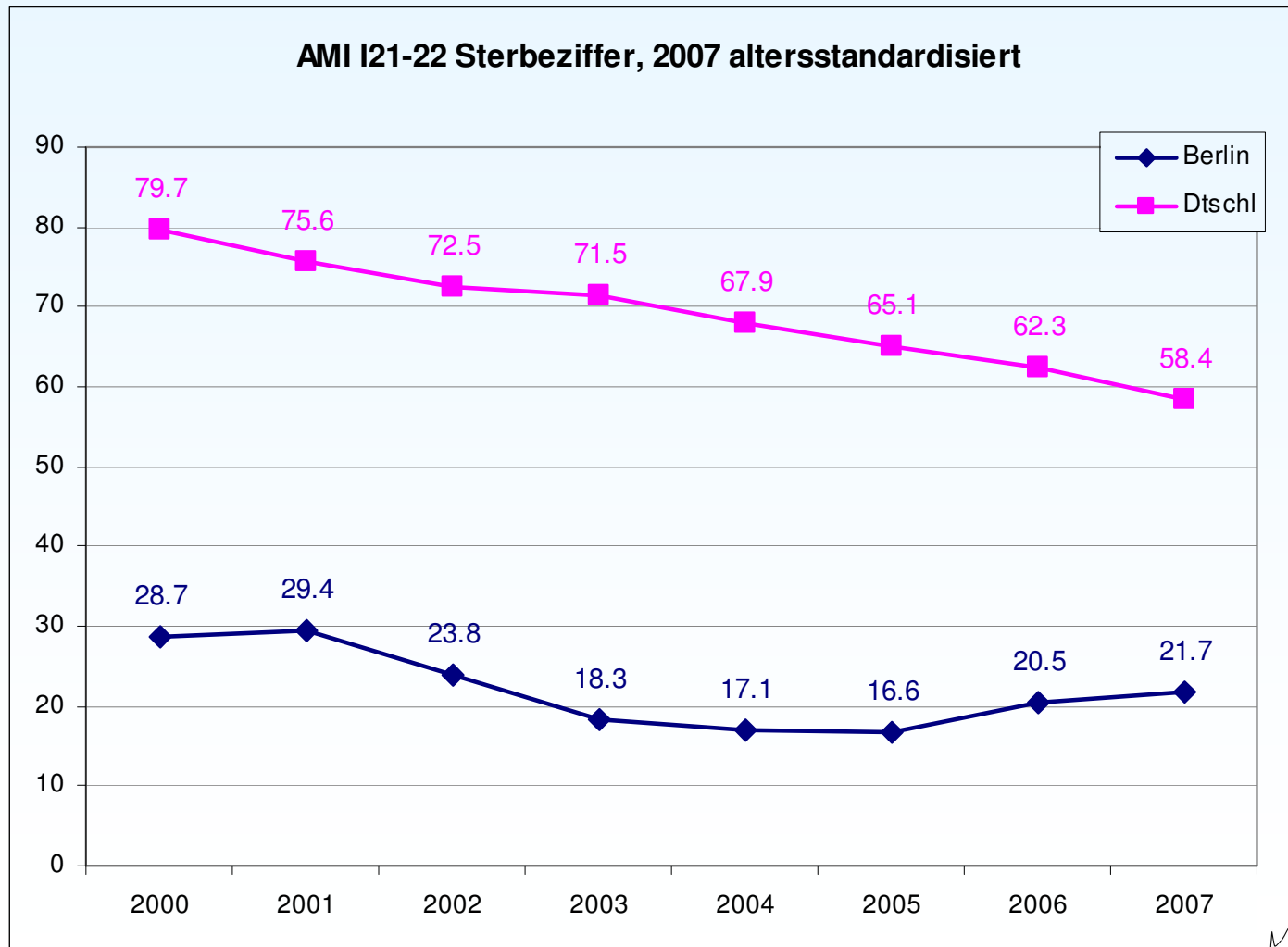
- ◆ verfügbar, kostengünstig
- ◆ für anderen Zweck (Abrechnung) erhoben, d.h. es steht die Maxime „Abrechnung“ im Vordergrund
- ◆ Ärzte nicht selbst am Verfahren beteiligt - verringert das Vertrauen der Ärzte in die Daten

Mit Registerdaten

- ◆ dient dem eigentlichen Zweck
- ◆ zumindest längerfristig kaum finanzierbar und Vollständigkeit kaum zu gewährleisten
- ◆ Ärzte selbst am Verfahren beteiligt – erhöht das Vertrauen der Ärzte in die Daten

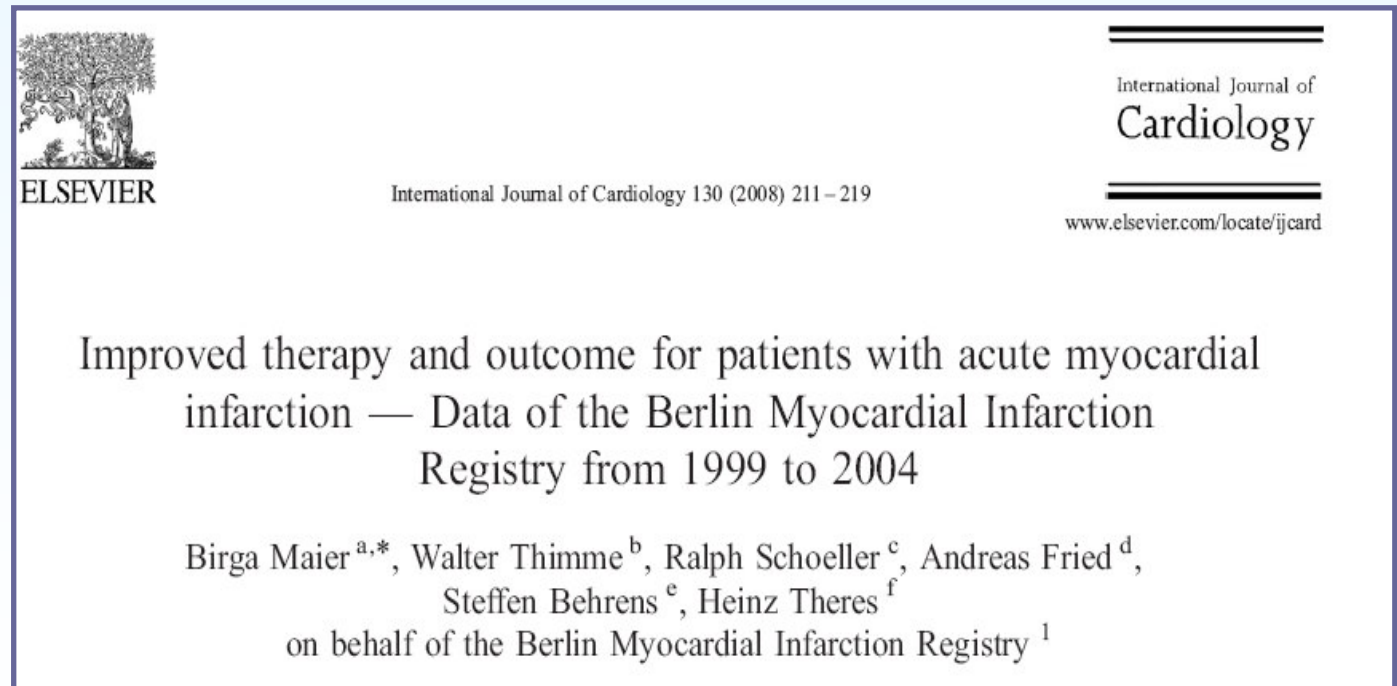
→ Wenn mit Routinedaten Qualitätsvergleiche erstellt werden, fragt sich wie zuverlässig und valide Routinedaten den Versorgungsalltag abbilden können?

Altersstandardisierte Sterbeziffer für den akuten Herzinfarkt (I21-22)

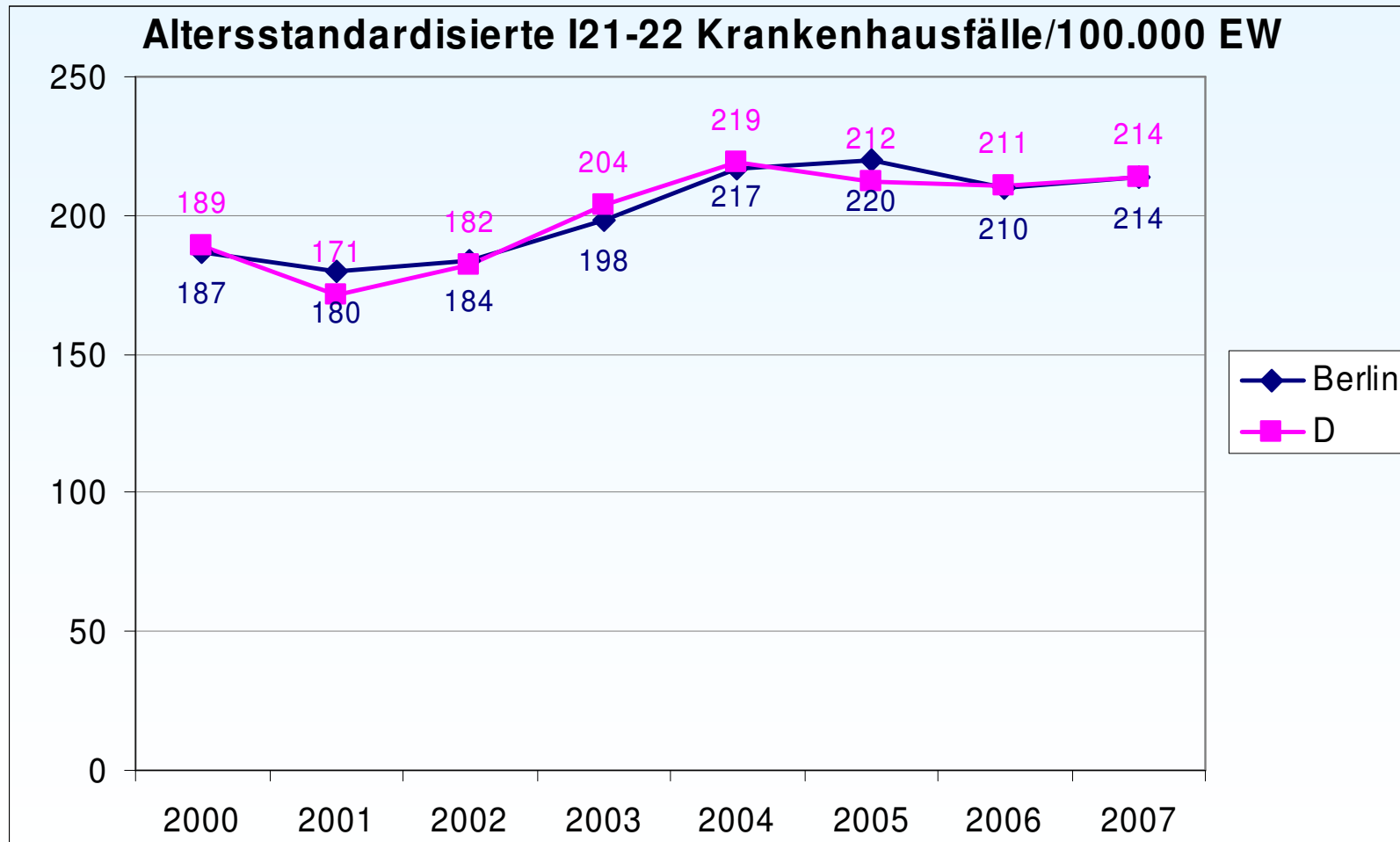


Warum ist die Sterbeziffer am Herzinfarkt in Berlin so niedrig?

- ◆ Berliner Senatsverwaltung und Berliner Kardiologen führen dies zurück auf die gute und effiziente Versorgung im Stadtstaat Berlin.
- ◆ entspricht auch den Daten des BHIR; gemessen an Struktur-, Prozess- und Outcomeparametern ist die Versorgung in Berlin gut.

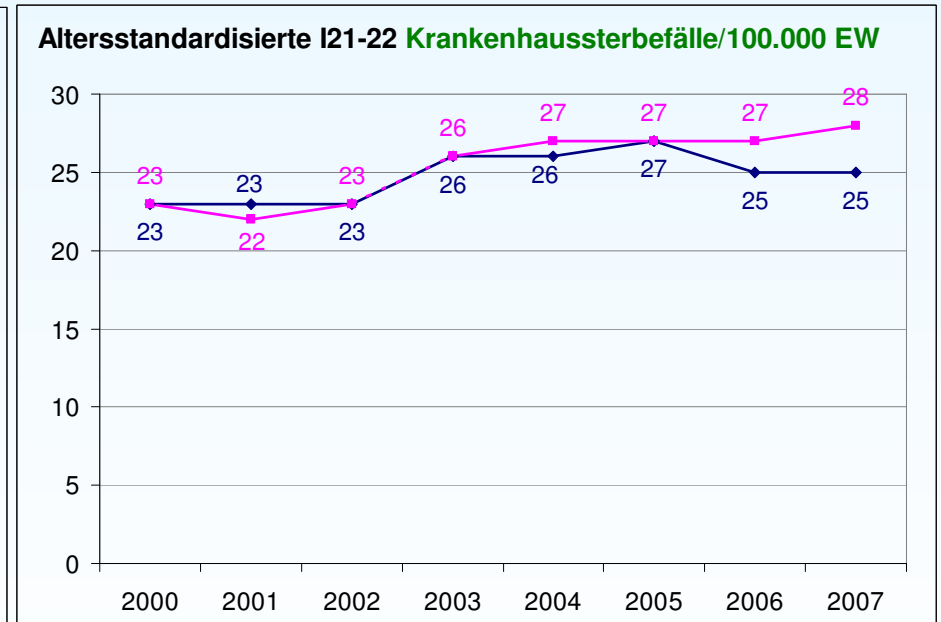
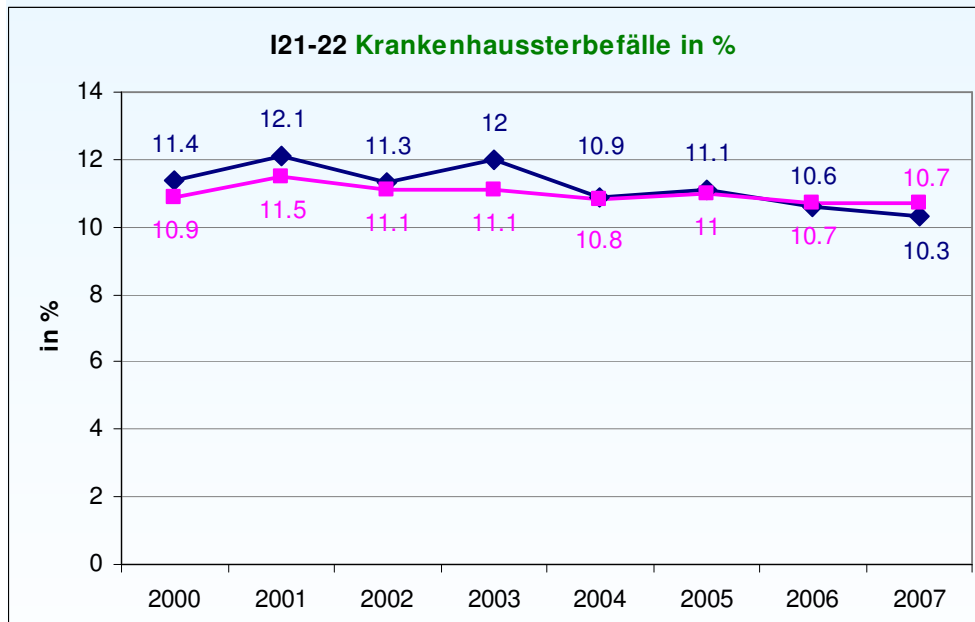


Vergleich Krankenhausstatistik Berlin/Bund Krankenhausfälle



Vergleich Krankenhausstatistik Berlin/Bund

Krankenhaussterbefälle



— Berlin

— Deutschland

Steht Berlin nun besser da als der Bund oder nicht?

- ◆ Wie kommt es zu der Diskrepanz zwischen Todesursachenstatistik und Krankenhausstatistik?
- ◆ Unterschiede in der Versorgung?
- ◆ Kodierungsprobleme?

Todesursachenstatistik Berlin-Brandenburg

- ◆ Auf Totenschein sind 3 Erkrankungen vermerkt: Grundleiden → Folgeerkrankung → Folgeerkrankung
- ◆ Monokausale Kodierung (nur ein Grundleiden wird kodiert)
- ◆ Laienkodierer geben Daten ein unterstützt von Computerprogrammen
- ◆ Statistische Landesämter Berlin und Brandenburg zum 1.1.2007 fusioniert

Dilemma der Kodierung

Aus dem Tagesspiegel, 25.10.2008:

„Im Land Brandenburg ist die Zahl der tödlich endenden Herzinfarkte in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2007 seien **1376** Brandenburger an einem Herzinfarkt gestorben, antwortete Gesundheitsministerin Dagmar Ziegler (SPD) auf eine parlamentarische Anfrage. Im Jahr davor erlitten **2701** Menschen einen tödlichen Herzinfarkt. Laut Ziegler liegt Brandenburg mittlerweile mit 32,3 Sterbefällen pro 100 000 Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt (39,6).“

Altersstandardisierte Sterbeziffern – offizielle Statistik (Stand: Nov. 2008)

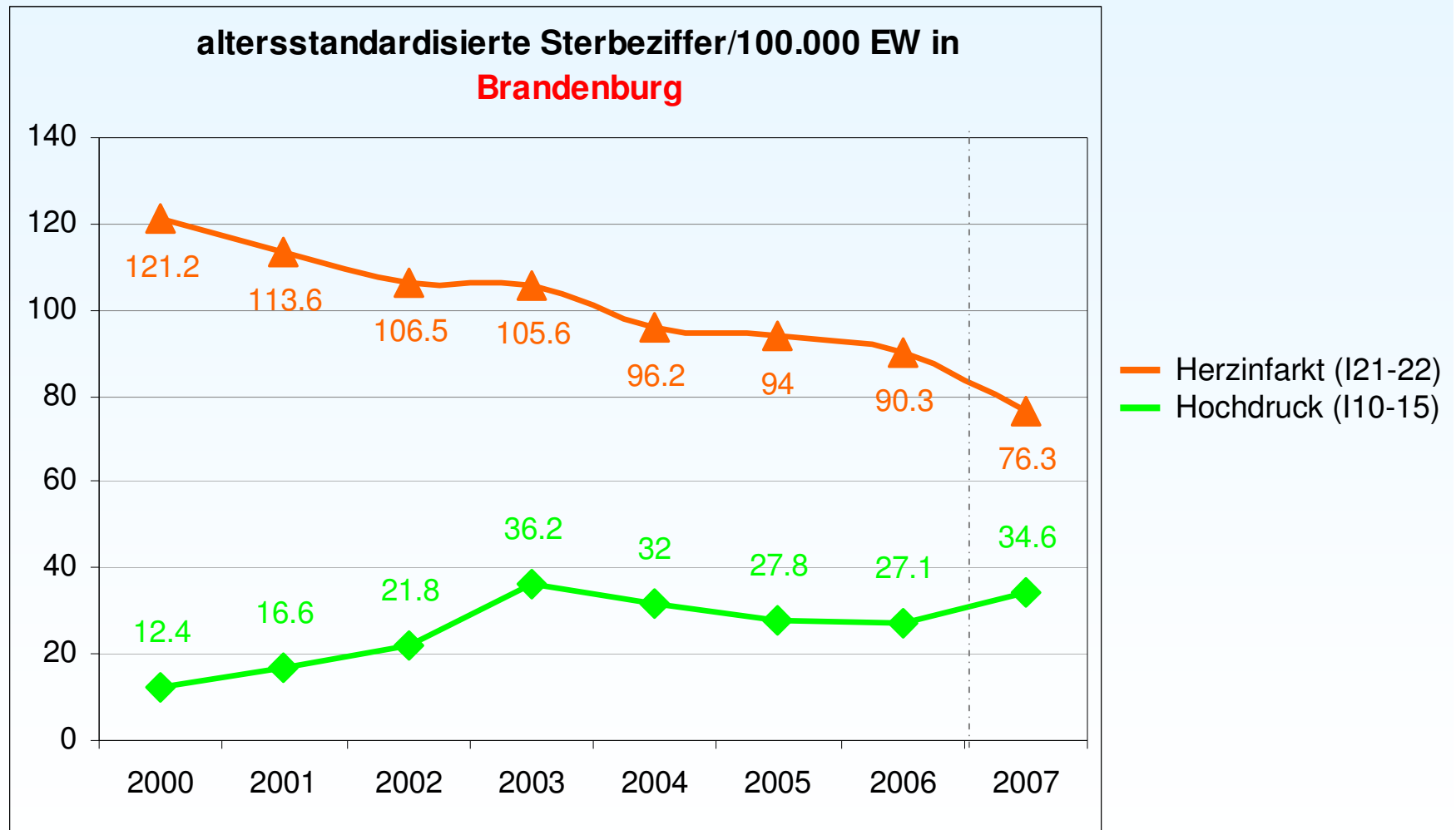
Brandenburg

ICD10	Jahr (<u>Jahre absteigend</u>)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
⊖I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	465.7	452.4	447.2	439.1	402.7	395.3	376.5	365.5
⊕I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	12.4	16.6	21.8	36.2	32.0	27.8	27.1	
⊖I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	235.8	227.9	220.5	211.3	189.1	181.7	172.1	
⊖I21-I22 Herzinfarkt	121.2	113.6	106.5	105.6	96.2	94.0	90.3	
⊕I21 Akuter Myokardinfarkt	111.1	104.8	98.4	98.6	89.9	88.9	86.1	

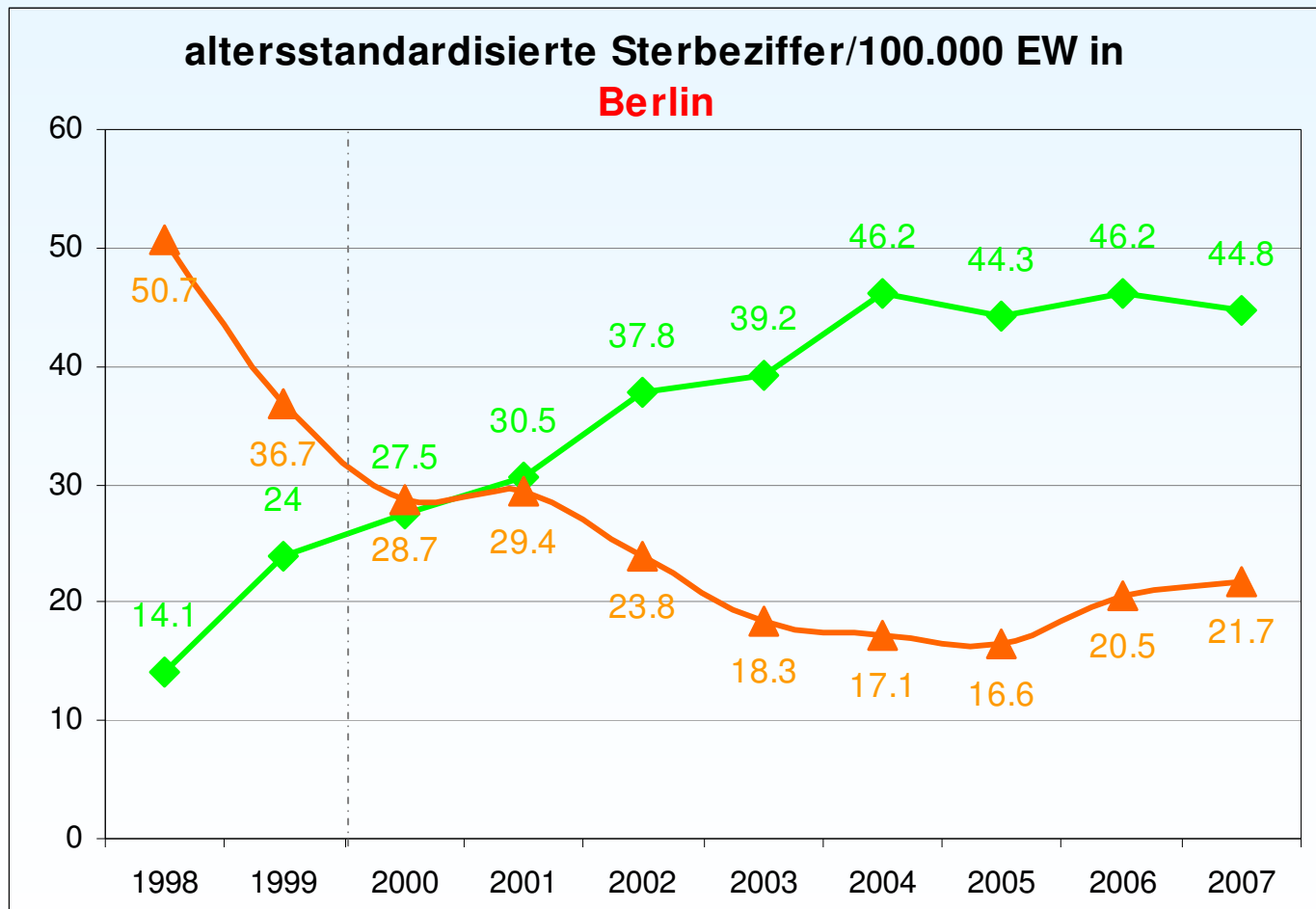
Berlin

ICD10	Jahr (<u>Jahre absteigend</u>)							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
⊖I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	341.7	343.0	349.1	322.9	317.3	295.9	284.3	272.5
⊕I10-I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	27.5	30.5	37.8	39.2	46.2	44.3	46.2	44.8
⊖I20-I25 Ischämische Herzkrankheiten	143.3	140.9	138.4	124.1	113.7	107.9	99.2	96.4
⊖I21-I22 Herzinfarkt	28.7	29.4	23.8	18.3	17.1	16.6	20.5	21.7
⊕I21 Akuter Myokardinfarkt	27.0	27.0	22.5	17.2	15.9	15.8	19.7	20.8

Altersstandardisierte Sterbeziffern in Brandenburg (nach Korrektur)

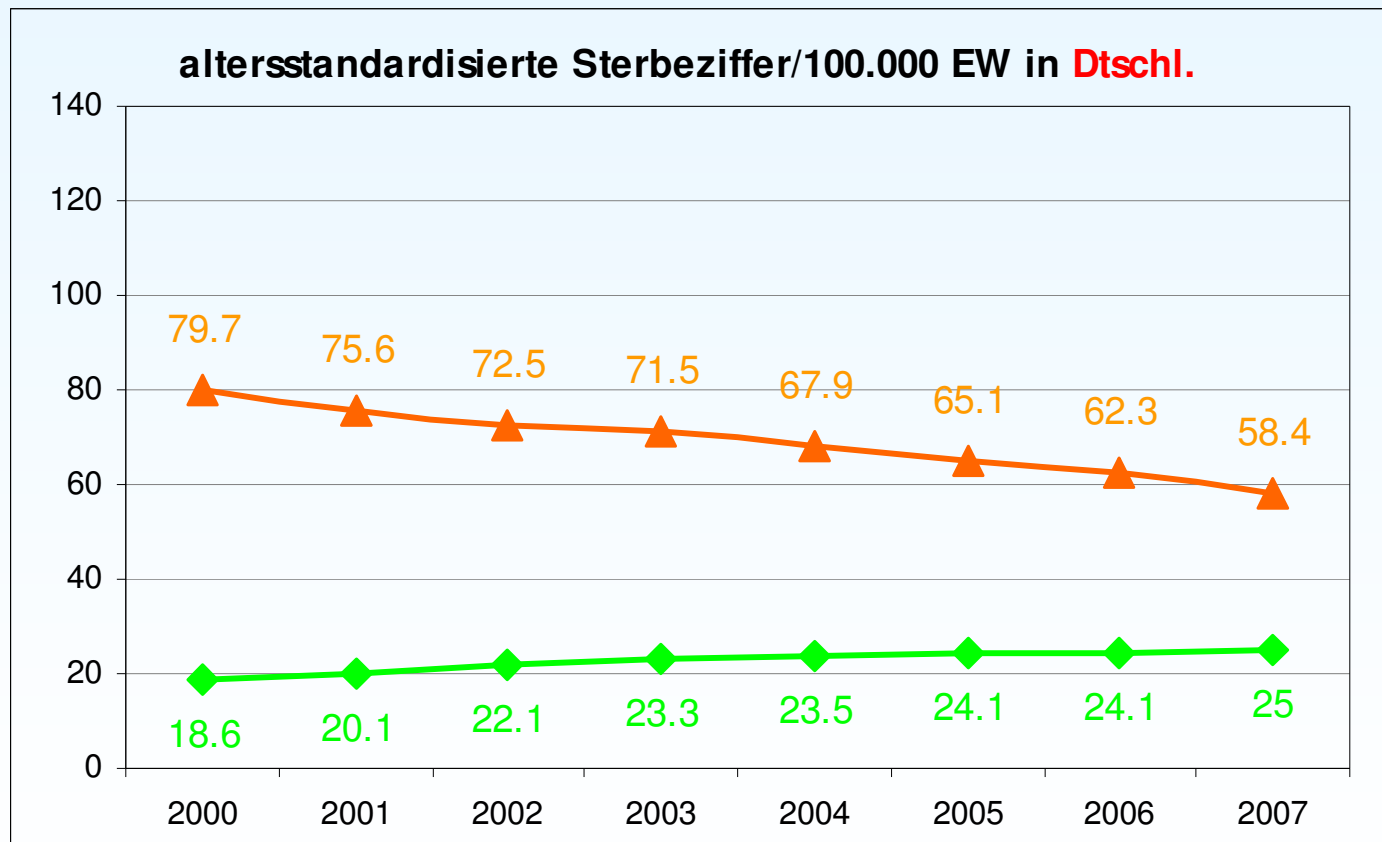


Altersstandardisierte Sterbeziffern in Berlin



- ▲ Herzinfarkt (I21-22)
- ◆ Hochdruck (I10-15)

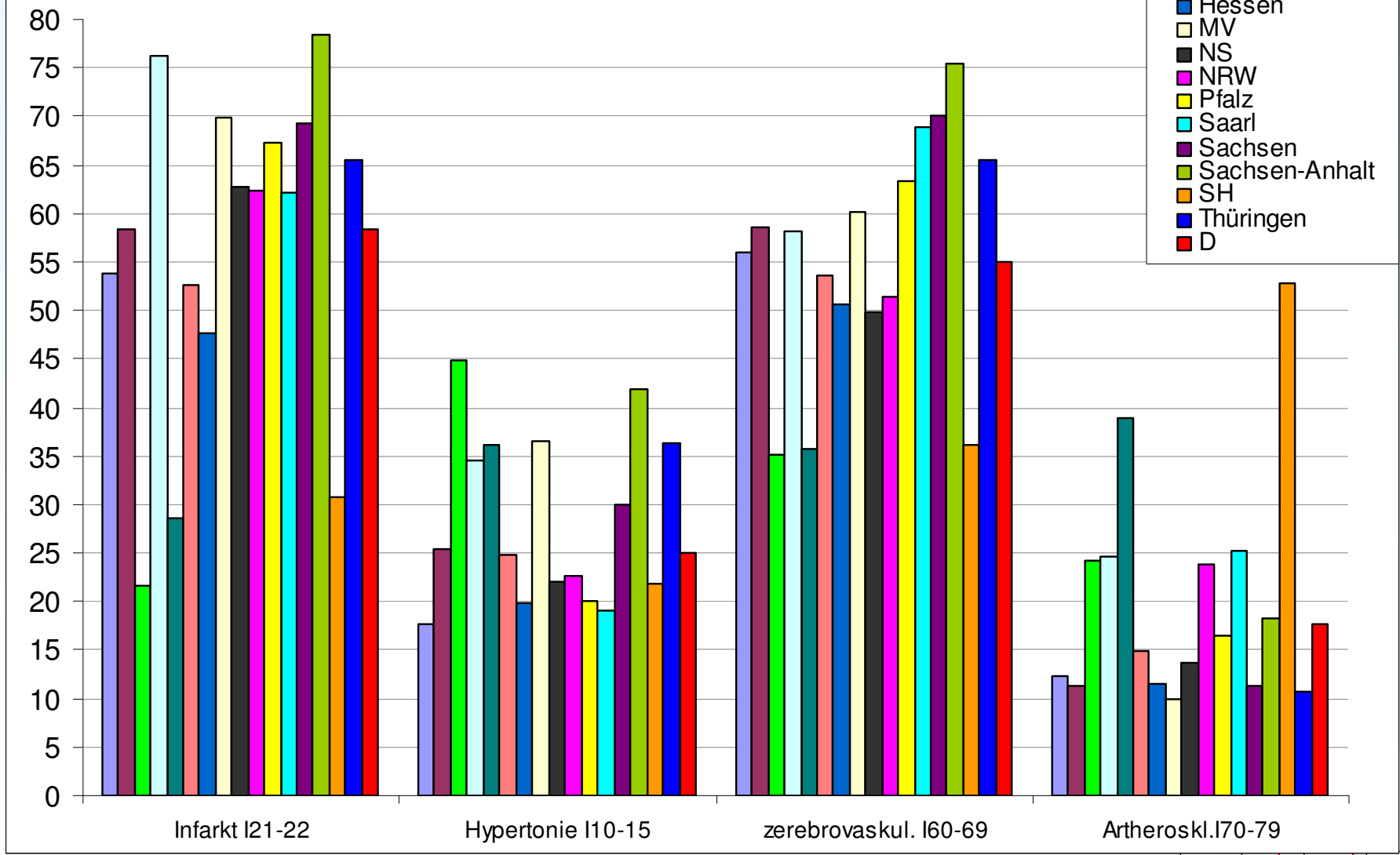
Altersstandardisierte Sterbeziffern in Deutschland



- Herzinfarkt (I21-22)
- Hochdruck (I10-15)

Alterstandardisierte Sterbeziffern/100.000 EW für ausgewählte Erkrankungen im Vergleich der Bundesländer für 2007

- BW
- Bayern
- Berlin
- BRB
- Bremen
- HH
- Hessen
- MV
- NS
- NRW
- Pfalz
- Saarl
- Sachsen
- Sachsen-Anhalt
- SH
- Thüringen
- D



Zusammenfassung

Die Abweichungen in den Sterbeziffern zwischen den Bundesländern für den akuten Herzinfarkt (und auch für andere „Herz-Kreislauf-Unterdiagnoseklassen“) lassen sich **nicht nur** mit regionalen, bevölkerungsbasierten Unterschieden oder mit unterschiedlichen Versorgungsstrukturen erklären, sondern basieren **auch** auf *Unterschieden in der Kodierung*.

Dies erschwert den Einsatz der Todesursachenstatistik für Vergleiche zur Qualität der Versorgung und zeigt,

- dass die Todesursachenkodierung weiter vereinheitlicht werden muss (wie?) und
- dass komplementäre Erhebungen notwendig sind.