

Auch wenn Erkrankungen der Herzkranzgefäße in den meisten Industrieländern weiterhin die Haupttodesursache darstellen, geht die Zahl der Todesfälle seit den 1970er Jahren zurück (vgl. Indikator 1.4 „Mortalität durch Herzerkrankung und Schlaganfall“). Dieser Rückgang ist größtenteils einer niedrigeren Sterberate bei akutem Myokardinfarkt (AMI) infolge besserer Behandlungsmethoden in der Akutphase der Erkrankung zuzuschreiben. Die medizinische Versorgung von AMI-Patienten hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit der Einrichtung von Herzüberwachungsstationen in den 1960er Jahren (Khush *et al.*, 2005) und der Einführung von Therapiemethoden zur raschen Wiederherstellung des Blutflusses in den Arterien in den 1980er Jahren (Gil *et al.*, 1999) stark verändert. Dieser Erfolg ist umso bemerkenswerter, als die AMI-Inzidenz den verfügbaren Daten zufolge nicht abgenommen hat (Goldberg *et al.*, 1999; Parikh *et al.*, 2009). Indessen haben zahlreiche Studien gezeigt, dass einem erheblichen Teil der AMI-Patienten keine auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende medizinische Versorgung zuteil wird (Eagle *et al.*, 2005). AMI-Patienten machen etwa die Hälfte der durch Herzgefäßerkrankungen bedingten Todesfälle aus, und die Kosten für die Behandlung von Herzgefäßerkrankungen erreichen in den Industrieländern bis zu 10% der Gesundheitsausgaben (OECD, 2003a).

Die Fakten sprechen für einen Zusammenhang zwischen AMI-Behandlungsmethoden wie Thrombolyse und Frühbehandlung mit Aspirin und Betablockern und den höheren AMI-Überlebensraten, was darauf hindeutet, dass die AMI-Sterberate eine gute Ergebnismessgröße für die Versorgungsqualität ist (Davies *et al.*, 2001). Angesichts der Vielfalt von Leistungen und Systemvorrichtungen, die zur medizinischen Versorgung der Krankheit mobilisiert werden müssen, wird die AMI-Sterberate als eine gute Ergebnismessgröße für die Qualität der Akutpflege betrachtet. Bisher sind die AMI-Sterberaten für den Vergleich von Krankenhäusern von der US Agency for Healthcare Research and Quality (Davies *et al.*, 2001) und dem britischen National Health Service herangezogen worden. Ferner wurde dieser Indikator für internationale Vergleiche im Rahmen des OECD-Projekts zu altersbedingten Krankheiten (OECD, 2003a) und des Monica-Projekts der WHO verwendet (Tunstall-Pedoe, 2003).

Abbildung 5.4.1 zeigt die auf Rohdaten basierenden sowie die alters- und geschlechtsstandardisierten Krankenhausletalitätsraten für den Zeitraum von 30 Tagen nach der Hospitalisierung bei AMI. Die durchschnittliche standardisierte Rate liegt bei knapp unter 5%, wobei die Rate in Korea am höchsten ist (8,1%) und in Island (2,1%) und Schweden (2,9%) am niedrigsten. Bei den anderen nordischen Ländern (Finnland, Norwegen und Dänemark) liegt die Rate ebenfalls unter dem Durchschnitt. Unterschiede bei den Krankenhausüberweisungen, der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und der Rettungsdauer im Notfall können die erfassten Raten beeinflussen. In Ländern mit hochspezialisierten Rettungsdiensten erreichen mehr Patienten das Krankenhaus lebend, die letztlich aber nicht stabilisiert werden können und innerhalb von Stunden nach der Hospitalisierung sterben. In anderen

Ländern werden instabile Herzpatienten in der Regel in Zentren der Tertiärversorgung überführt, wodurch die Letalitätsraten möglicherweise unterzeichnet sind, wenn die Überführung als Lebendentlassung erfasst wird. Die Letalitätsraten sind bei Frauen mit AMI im Allgemeinen höher, der Unterschied ist jedoch nicht bei allen Ländern statistisch signifikant. Dies spiegelt die Tatsache wider, dass Erkrankungen der Herzkranzgefäße bei Männern zwar weitaus häufiger vorkommen, bei Frauen jedoch in der Regel schwerer sind.

Aus Abbildung 5.4.2 geht hervor, dass die AMI-Sterberaten im Lauf der Zeit in allen OECD-Ländern, die Daten übermitteln, rückläufig sind, wobei in den meisten von 2003 bis 2007 statistisch signifikante Rückgänge zu verzeichnen waren. In Kanada und anderen Ländern sind Verbesserungen der AMI-Sterberaten auf Fortschritte bei der Behandlung wie eine häufigere und frühzeitigere Reperfusionstherapie zurückzuführen, bei der der Blutfluss zu dem während des Herzinfarkts beschädigten Teil des Herzmuskels wiederhergestellt werden soll (Fox *et al.*, 2007, und Tu *et al.*, 2009).

Definition und Abweichungen

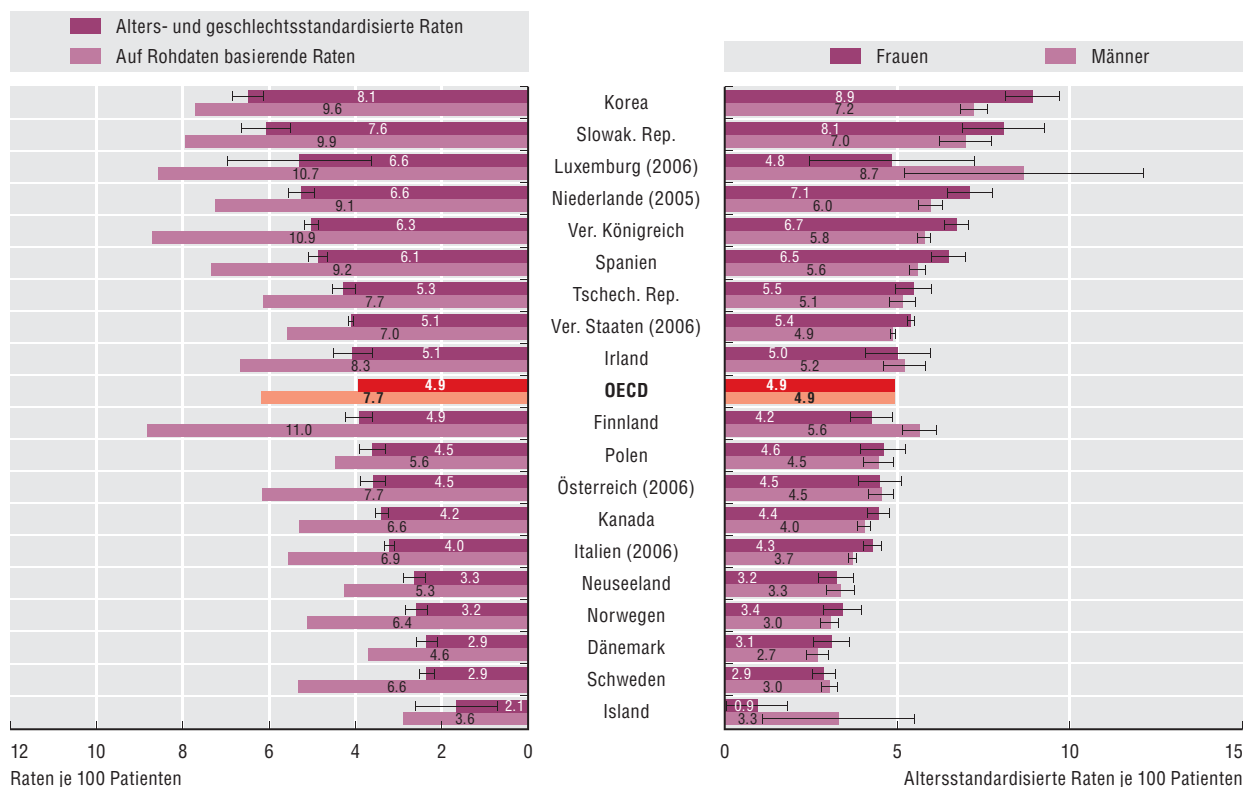
Die Krankenhausletalitätsrate nach einem AMI ist definiert als die Anzahl der Personen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Hospitalisierung bei AMI (einschließlich des Hospitalisierungstags) sterben. Idealerweise sollten die Letalitätsraten auf den einzelnen Patienten basieren, es verfügen jedoch nicht alle Länder über die Möglichkeit, die Patienten bei Überweisungen von einem Krankenhaus zum nächsten oder sogar innerhalb ein und desselben Krankenhauses während ihres Aufenthalts oder nach ihrer Entlassung zu verfolgen, da sie derzeit über keine individuellen Patientenidentifikatoren verfügen. Daher liegen diesem Indikator ausschließlich die Hospitalisierungsraten und die Sterbefälle in dem jeweiligen Krankenhaus zu Grunde. Unterschiede bei den Praktiken in Bezug auf die Entlassung und Überweisung von Patienten können Einfluss auf die Ergebnisse haben.

Sowohl die auf Rohdaten basierenden als auch die alters- und geschlechtsstandardisierten Raten sind dargestellt. Bei den standardisierten Raten werden die Unterschiede in Bezug auf Alter (ab 45 Jahre) und Geschlecht berücksichtigt, um aussagekräftigere internationale Vergleiche zu ermöglichen. Die auf Rohdaten basierenden Raten dürften für die interne Prüfung durch die einzelnen Länder von größerer Bedeutung sein und einen unmittelbaren Vergleich mit den in *Gesundheit auf einen Blick 2007* für diesen Indikator angegebenen auf Rohdaten basierenden Raten ermöglichen.

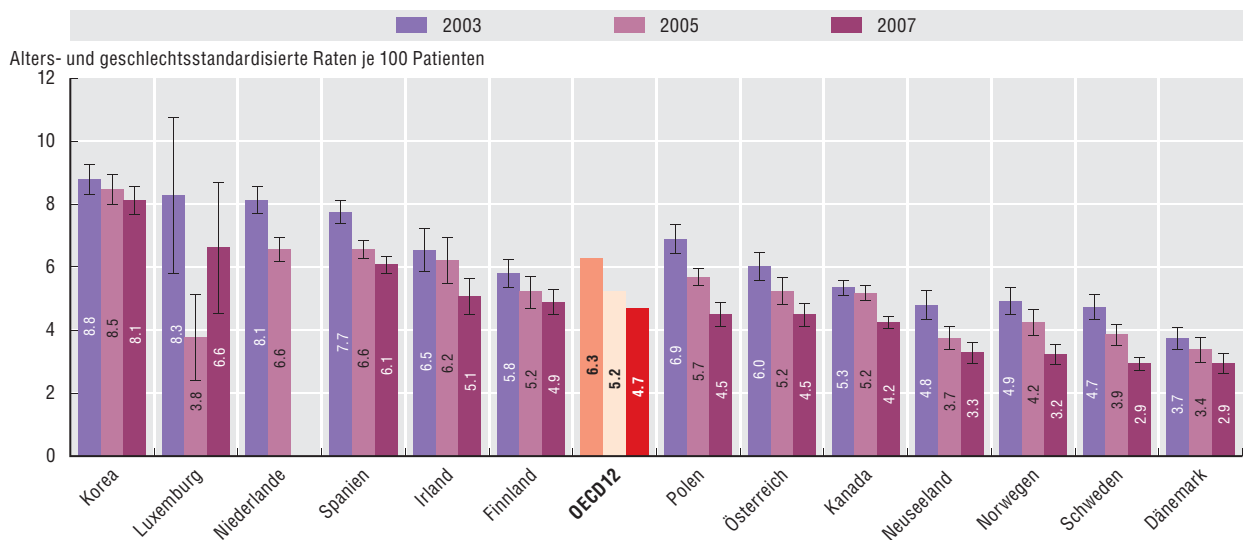
5. QUALITÄT DER AKUTVERSORGUNG BEI CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

5.4. Krankenhausletalitätsrate nach einem akuten Myokardinfarkt

5.4.1 Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen AMI, 2007



5.4.2 Verringerung der Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen AMI, 2003-07 (oder nächstgelegenes Jahr)



Quelle: OECD Health Care Quality Indicators Data 2009. Die Raten sind entsprechend der OECD-Bevölkerung (ab 45 Jahre) aus dem Jahr 2005 alters- und geschlechtsstandardisiert. 95%-Konfidenzintervalle sind durch |—| dargestellt.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/804147214300>



From:
Health at a Glance 2009
OECD Indicators

Access the complete publication at:
https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en

Please cite this chapter as:

OECD (2010), "Krankenhausletalitätsrate nach einem akuten Myokardinfarkt", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-51-de

Das vorliegende Dokument wird unter der Verantwortung des Generalsekretärs der OECD veröffentlicht. Die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen und Argumente spiegeln nicht zwangsläufig die offizielle Einstellung der OECD-Mitgliedstaaten wider.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.