

5.5. Krankenhausletalitätsraten nach einem Schlaganfall

Schlaganfall ist nach wie vor die dritthäufigste Ursache von Tod und Behinderung in den Industrieländern (WHO, 2002). Nach Schätzungen entfallen hierauf 2-4% der Gesundheitsausgaben, und auch außerhalb des Gesundheitssystems entstehen dadurch infolge von Behinderungen bedeutende Kosten (OECD, 2003a). Beim ischämischen Schlaganfall, der etwa 85% aller Fälle ausmacht, wird die Blutzufuhr zu einem Teil des Gehirns unterbrochen, wodurch es zu einer Nekrose im betroffenen Areal kommt. Beim hämorrhagischen Schlaganfall führt das Platzen von Blutgefäßen zu Blutungen im Gehirn, was in der Regel größere Schäden verursacht.

In den vergangenen zehn Jahren sind bei der Behandlung des ischämischen Schlaganfalls spektakuläre Fortschritte erzielt worden. Bis in die 1990er Jahre bestand weithin die Auffassung, dass die Hirnschäden irreversibel seien, und die Behandlung konzentrierte sich auf die Prävention von Komplikationen und Rehabilitation. Aber nachdem mit der Therapie der frühzeitigen Thrombolyse eine spektakuläre Verbesserung der Überlebensraten bei akutem Myokardinfarkt (AMI) erzielt worden war, zeigten sich bei klinischen Versuchen, die Anfang der 1990er Jahre begannen, in Japan eindeutige Vorteile der Behandlung ischämischer Schlaganfälle mit Thrombolyse (Mori et al., 1992). Spezielle Schlaganfallstationen wurden nach dem Modell der sehr erfolgreichen kardiologischen Stationen in vielen Ländern, vor allem in den nordischen Ländern, eingerichtet, um eine rechtzeitige Diagnose und energische Therapie von Schlaganfallopfern zu ermöglichen. Eine vor kurzem durchgeführte Meta-Analyse von 18 Studien ergab, dass Schlaganfallstationen eine rd. 20% höhere Überlebensrate erreichten als gewöhnliche Behandlungsstationen (Seenan et al., 2007).

Groß angelegte randomisierte klinische Versuche in den Vereinigten Staaten (z.B. NINDS, 1995) und Europa (z.B. Hacke et al., 1995) haben den Effekt der Thrombolyse-therapie bei ischämischen Schlaganfällen auf die Überlebenschancen und Behinderungen eindeutig nachgewiesen. Jedoch stößt die breite Einführung dieser Praktiken auf Grund von Faktoren, die mit der Struktur der Gesundheitsleistungen zusammenhängen, auf Widerstand (Wardlaw et al., 2003; Wahlgren et al., 2007). Die Letalitätsraten nach einem Schlaganfall sind für Vergleiche der Krankenhausleistungen in und zwischen Ländern herangezogen worden (OECD, 2003; Sarti et al., 2003).

Die durchschnittliche standardisierte Letalitätsrate nach einem ischämischen Schlaganfall beträgt zwar 5%, es besteht jedoch zwischen der höchsten Rate im Vereinigten Königreich (9,0%) und den niedrigsten Raten in Island (2,3%) und Korea (2,4%) eine Differenz in Höhe von fast dem Vierfachen (Abbildung 5.5.1). Abbildung 5.5.2 zeigt die alters- und geschlechtsstandardisierten sowie die auf Rohdaten basierenden Raten für hämorrhagischen Schlaganfall. Die durchschnittliche Rate beträgt 19,8% und ist damit etwa viermal so hoch wie die Rate der Patienten mit ischämischem Schlaganfall, was auf die schwereren Auswirkungen intrakranieller Blutungen zurückzuführen ist. Die Differenz zwischen den gemeldeten Raten in Luxemburg (30,3%) und in der Slowakischen Republik (29,3%) sowie in Finnland (9,5%) beträgt nahezu das Dreifache.

Aus Abbildung 5.5.3 geht hervor, dass zwischen den Letalitätsraten nach ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfällen eine Korrelation besteht – d.h. Länder mit höheren Überlebensraten bei einer der beiden Arten von Schlaganfall schneiden auch bei der anderen Art gut ab. Da die ersten Behandlungsschritte bei Schlaganfallpatienten ähnlich sind, deutet dies darauf hin, dass systembasierte Faktoren für die Erklärung der Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern eine Rolle spielen. So liegt etwa die Gruppe der nordischen Länder (Finnland, Schweden, Norwegen, Dänemark und Island) sowohl beim ischämischen als auch beim hämorrhagischen Schlaganfall unter dem OECD-Durchschnitt. Diese Länder waren Vorreiter bei der Einrichtung spezieller Schlaganfallstationen in den Krankenhäusern.

Abbildung 5.5.4 zeigt, dass die Letalitätsraten sowohl nach hämorrhagischen als auch nach ischämischen Schlaganfällen im Zeitraum 2002-2007 in den OECD-Ländern um rd. 15% zurückgegangen ist, wobei alle Länder bei beiden Schlaganfallarten einen Rückgang verzeichnet haben. Dies deutet auf eine breitflächige Verbesserung der medizinischen Versorgung hin.

Definition und Abweichungen

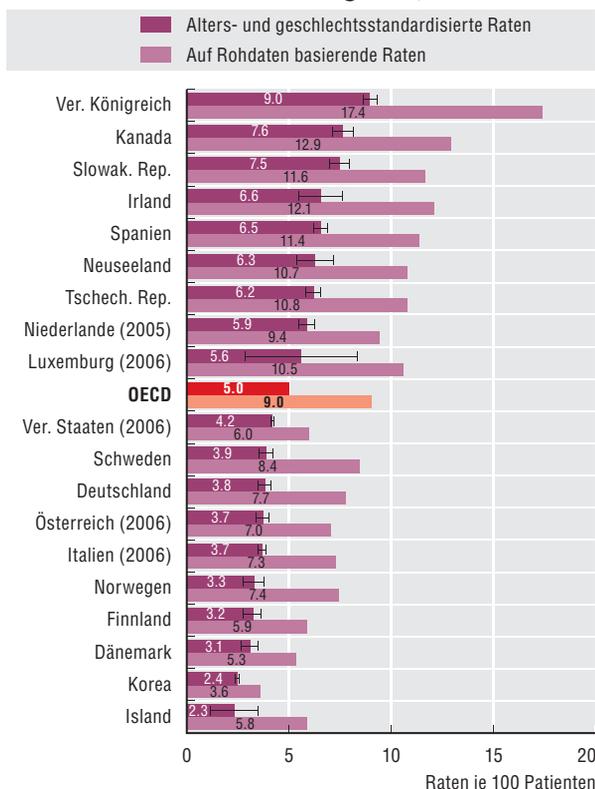
Die Krankenhausletalitätsrate nach ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfällen ist definiert als Zahl der Personen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Hospitalisierung (einschließlich des Hospitalisierungstags) sterben. Idealerweise sollten die Letalitätsraten auf den einzelnen Patienten basieren, 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 statistisch zu verfolgen, da sie derzeit nicht über individuelle 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.

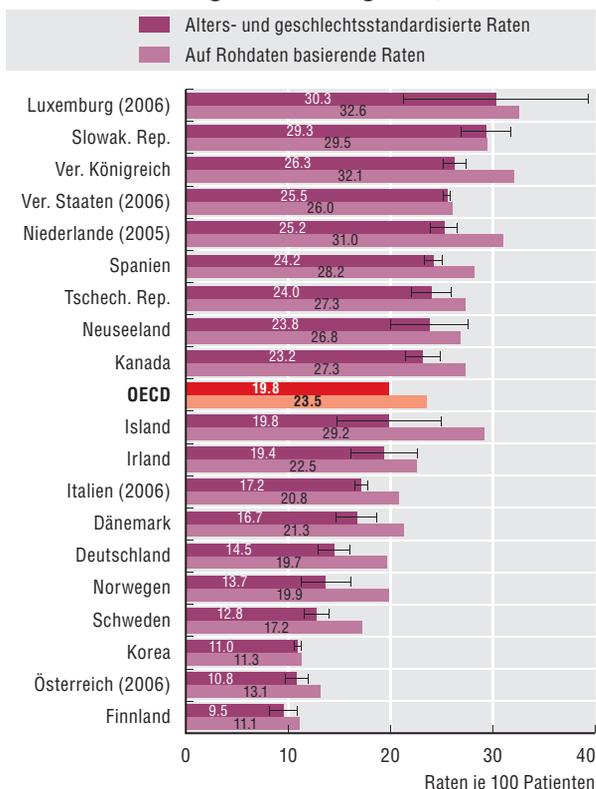
5. QUALITÄT DER AKUTVERSORGUNG BEI CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

5.5. Krankenhausletalitätsraten nach einem Schlaganfall

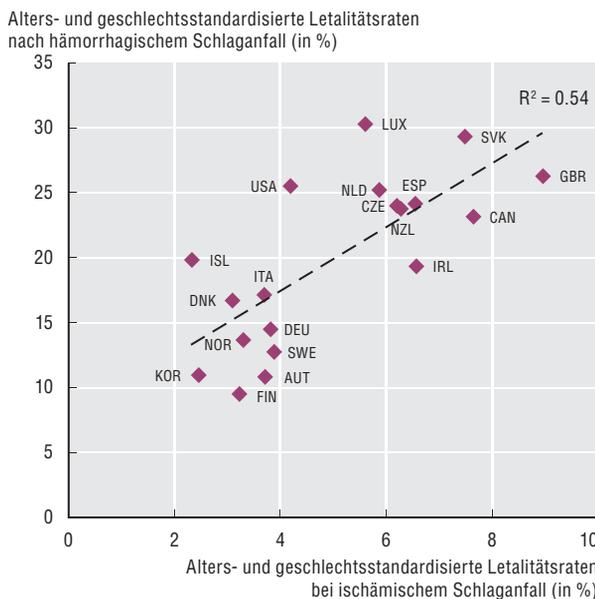
5.5.1 Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen ischämischem Schlaganfall, 2007



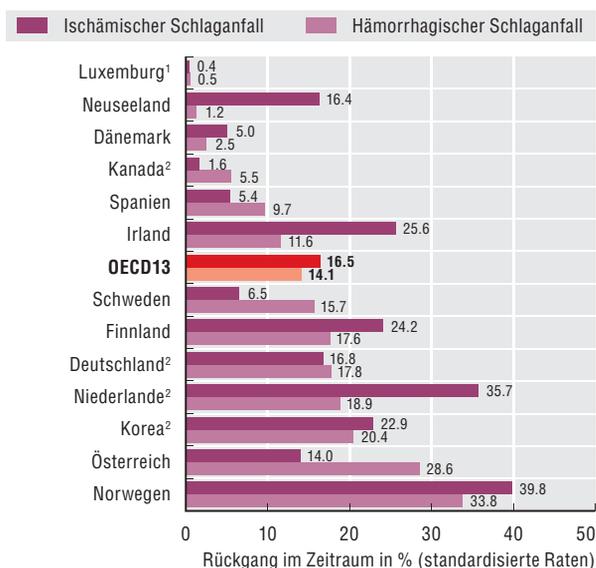
5.5.2 Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen hämorrhagischem Schlaganfall, 2007



5.5.3 Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen ischämischem Schlaganfall und wegen hämorrhagischem Schlaganfall, 2007



5.5.4 Verringerung der Krankenhausletalitätsraten innerhalb von 30 Tagen nach Hospitalisierung wegen eines Schlaganfalls, 2002-07



1. Basiert auf dem Zeitraum 2002/03 bis 2006.
2. Basiert lediglich auf einem Dreijahreszeitraum.

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 I—I dargestellt.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/804163424860>



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), "Krankenhausletalitätsraten nach einem Schlaganfall", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2009-52-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.