

Aspekte bei der Nutzung der Mortalitätsstatistik in der Gesundheitsberichterstattung – am Beispiel von Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen

*Susanne Stolpe¹, Markus Deckert¹, Andreas Stang^{1,2}
1 Zentrum für klinische Epidemiologie; Universitätsklinikum Essen, 2 School of Public Health, Department of Epidemiology, Boston University, Boston, USA*

Die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland wird gemeinsam vom Robert Koch-Institut und vom Statistischen Bundesamt (DESTATIS) getragen. Eines der wichtigsten Elemente ist die Berichterstattung über die Anzahl der Verstorbenen nach Region, Geschlecht und Alter sowie einzelnen Todesursachen. Genutzt werden die Daten der Mortalitätsstatistik von Medizinerinnen und Epidemiologen, aber auch von der Politik oder den Medien. Sie sind nicht nur Grundlage für medizinische Forschung sondern u.a. auch für gesundheitspolitische Entscheidungen.

Die Todesursachenstatistik liefert umfassende Informationen zum Mortalitätsgeschehen in Deutschland und ist Grundlage zur Ermittlung wichtiger Gesundheitsindikatoren wie Sterbeziffern, verlorene Lebensjahre und vermeidbare Sterbefälle.

Datenbasis für die Todesursachenstatistik des Bundes sind die von den Statistischen Landesämtern übermittelten zugrundeliegenden Todesursachen (= Grundleiden). Diese werden aus den Angaben auf dem für die Statistik vorgesehenen Teil einer Todesbescheinigung ermittelt und in den Statistischen Landesämtern nach ICD-10-WHO kodiert.

Die Zuverlässigkeit der Todesursachenberichterstattung ist daher zuallererst abhängig von der Qualität der Eintragungen auf einer Todesbescheinigung. Diese sollen die Kausalkette der zum Tode führenden Erkrankungen abbilden. Diese Kausalkette korrekt zu erfassen, ist insbesondere bei unerwarteten oder bei Todesfällen älterer häufig multimorbider Menschen schwierig. Sie erfordert vom Leichenschauer eine gründliche Untersuchung vor einer Festlegung auf ein Grundleiden. Nach Madea (Madea 2010) besteht insbesondere bei unerwarteten Todesfällen, bei der ambulanten Leichenschau, sowie bei unbekannter Krankengeschichte des Verstorbenen die Gefahr von Fehlern bei der Bestimmung der Todesursache.

Goldstandard zur Feststellung einer Todesursache ist die Obduktion. Nach Ansicht der Bundesärztekammer ist eine Obduktion ein unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Qualitätssicherung, die „somit essenziell zur Gesundheitsfürsorge beiträgt.“ Zu den Sektionsraten in Deutschland gibt es keine offiziellen Angaben, sie ist in Deutschland jedoch seit Jahren rückläufig. Nach Befragungen in deutschen Krankenhäusern liegt sie aktuell unter 5%. Dagegen wurden 2000 noch 23% der Todesfälle in Universitätskliniken und 13% in kommunalen Kliniken obduziert.

Ein Kriterium der WHO zur Beurteilung der Qualität von Mortalitätsdaten ist der Anteil von sogenannten nicht-informativen Todesursachen an allen dokumentierten Sterbefällen. Dieser Anteil ist in Deutschland mit 13% im Vergleich zu anderen europäischen Ländern relativ hoch. Zu den nach WHO-Kriterien nicht-informativen Todesursachen gehören alle nicht näher beschriebenen Todesursachen, aber auch z.B. Herzstillstand, Arteriosklerose oder Herzinsuffizienz. Herzstillstand darf als funktionaler Endzustand nicht als Grundleiden eingetragen werden; Herzinsuffizienz ist ein Symptom einer anderen zugrundeliegenden Herzerkrankung und damit kein Grundleiden.

Herzinsuffizienz war in Deutschland 2015 die 4. häufigste Todesursache mit insgesamt 47.414 Sterbefällen (www.gbe-bund.de). Die Häufigkeit der Verwendung von nicht-informativen Todesursachen ist regional unterschiedlich – innerhalb Deutschlands und international- und erschwert so die Vergleichbarkeit von Todesursachen-spezifischen Mortalitätsraten.

Neben einer Darstellung dieser systembedingten Aspekte bei der Nutzung von Mortalitätsdaten geht der Vortrag am Beispiel des Herzberichts darauf ein, wie verschiedene Auswerteformen von Mortalitätsdaten (rohe, altersspezifische und altersstandardisierte Raten) zu sehr unterschiedlichen Interpretationen führen können.

Literatur:

Jütte R. Lässt sich der Trend sinkender Obduktionsraten umkehren? Dtsch Arztebl 2016; 113 (46): A 2094–100.

Madea B, Rothschild M. Ärztliche Leichenschau. Feststellung der Todesursache und Qualifikation der Todesart. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(33):575-88.

Naghavi M et al. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. Population Health Metrics 2010, 8:9.

Todesursachenstatistik. Todesursachen in Deutschland 2016. Hrsg. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2017.