

Risiko-Scores und mehr

Auf dem Weg der Transparenz und kontinuierlichen Verbesserung

Liebe Leserinnen und Leser,

Qualität und Transparenz in der Medizin sind in aller Munde. Gesetzlich vorgeschrieben in der Krankenhausmedizin ist die externe vergleichende Qualitätssicherung gemäß dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Ergebnisse der Auswertung müssen inzwischen jährlich im Qualitätsbericht der Krankenhäuser publiziert werden. Die Daten sind insbesondere für Laien nicht leicht zu finden und schwer zu interpretieren. Vonseiten der Kostenträger wird an vereinfachten Methoden der Ableitung von Ergebnisqualität auf der Basis von Routinedaten gearbeitet. Im Internet oder in gedruckten Presseorganen werden Ranglisten basierend auf unterschiedlichsten Quellen publiziert.

» Qualität und Transparenz in der Medizin sind in aller Munde

Diese Ausgabe der *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* beginnt mit einer Übersichtsarbeit zur Risikoadjustierung. Im Einzelnen wird eine umfassende Zusammenschau der für die Herzchirurgie entwickelten Risiko-Scores geboten. Ein aussagekräftiger Vergleich der Ergebnisqualität einzelner Zentren ist, wenn überhaupt, nur unter Einschluss einer auf validen Scoring-Systemen basierenden Risikoadjustierung möglich. Nur dadurch ist die mathematische Berücksichtigung der das Behandlungsergebnis mit postoperativer Morbidität und Mortalität beeinflussenden patientenbezogenen Parameter möglich. Lediglich unter Berücksichtigung dieser Daten ist wohl ein

Interhospitalvergleich zulässig und auch für Öffentlichkeit und Patienten nützlich. Dies ist nicht nur im Sinne der zu Recht eingeforderten Transparenz der Ergebnisse von größter Wichtigkeit. Es hilft auch uns in unserem Bestreben um die kontinuierliche Verbesserung von Struktur- und Prozessqualität sowie der persönlichen Qualifikation der an der herzchirurgischen Behandlung beteiligten Personen und Berufsgruppen. Neben öffentlich eingeforderter Transparenz und unseren Bemühungen um Benchmark-Kriterien zur eigenen Qualitätssteigerung kommt geeigneten Risiko-Scores auch für die Entscheidungsfindung bei verschiedenen zur Verfügung stehenden Therapieoptionen zunehmend Bedeutung zu. Ich denke dabei auch an die fulminante Entwicklung kathetergestützter Klappeneingriffe.

Somit gibt es zahlreiche wichtige Gründe, die es angebracht erscheinen lassen, grundlegendes Verständnis für Risiko-Scores und deren Entwicklung zu erarbeiten. *W. Schiller* stellt in seinem Beitrag die Formel für die Berechnung der Eintrittswahrscheinlichkeit p einer Komplikation dar. Sie lautet

$$p = \frac{\exp^{2_0 + 2_{1x1} + \dots + 2_n X_n}}{1 + \exp^{2_0 + 2_{1x1} + \dots + 2_n X_n}}$$

Dies entspricht der Auflösung der grundlegenden Formel der logistischen Regression nach p

$$\ln \frac{p}{1-p} = 2_0 + 2_{1x1} + \dots + 2_n X_n$$

Dabei entspricht β_n den aus einer Prüfungspopulation errechneten Regressionskoeffizienten, x_n wird als 1 gesetzt bei Vorhandensein eines Risikofaktors, als 0 bei Fehlen desselben. Das Intercept β_0 fungiert als statistischer Korrekturfaktor. Die Formel ermöglicht z. B. die Berechnung einer „predicted mortality“. Diese kann dann, bezogen auf das eigene Gesamtkollektiv, zur „observed mortality“ in Beziehung gesetzt werden. Das Verhältnis observed/predicted ist bei Validität des Scores von der Zusammensetzung des eigenen Patientenkollektivs unabhängiger. Ein Wert deutlich >1 kann dann im Einzelfall einer Klinik Anlass zu Qualitätsüberlegungen sein.

Es ist das große Verdienst der mit der externen Qualitätssicherung betrauten Institute, zunächst BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH und derzeit AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, dieser Tatsache gemeinsam mit den Fachgruppen Rechnung getragen zu haben. Darüber hinaus gelang es, aufbauend auf dem umfangreichen und, weil verpflichtend, annähernd alle Patienten umfassenden – somit vollständigen – Datenpool eigene für das bundesdeutsche Patientenkollektiv gezielte Risiko-Scores zu errechnen und zu publizieren.

Herr Kollege Schiller ist seit Jahren Mitglied der Expertengruppe Herzchirurgie bei der externen Qualitätssicherung. Es ist ihm gelungen, das für Chirurgen trockene, aber in meinen Augen sehr wichtige Gebiet der Risiko-Scores verständlich zu beleuchten.

Darüber hinaus umfasst diese Ausgabe wieder spannende und lesenswerte Beiträge zu chirurgischen Techniken,

aber auch juristischen Themen und Problemen des Krankenhausmanagements. Besonders herausheben möchte ich noch, um beim Thema Mathematik zu bleiben, den Beitrag in der Rubrik CME Zertifizierte Fortbildung von *H. Burger*: Implantierbare kardiale elektronische Systeme – Indikationen und Algorithmen. Es ist mir persönlich ein großes Anliegen, daran zu arbeiten, dass diese Expertise unter den in der Herzchirurgie tätigen Kollegen auf höchstem Niveau erhalten bleibt.

Liebe Leserinnen und Leser, ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen und kritischen Studium der Beiträge dieser Ausgabe der *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*.

Mit herzlichen Grüßen



Ihr Armin Welz

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. A. Welz
Klinik für Herzchirurgie,
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25,
53127 Bonn
armin.welz@ukb.uni-bonn.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Welz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Zertifizierte Gefäßzentren der DRG

Die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) unterstützt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) und der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) die qualitätsgesicherte Behandlung von Gefäßerkrankungen in Deutschland mit einer durch alle drei Fachgesellschaften anerkannten Zertifizierung von interdisziplinären Gefäßzentren. Die Vorteile der hierbei geforderten interdisziplinären Entscheidungsfindung liegen auf der Hand: Therapiekonzepte werden in interdisziplinären Fallkonferenzen festgelegt. Für den Patienten bedeutet dies eine Rundumversorgung durch Gefäßchirurgie, Angiologie und Radiologie. Der Fokus liegt dabei auf dem Erreichen eines optimalen Behandlungsergebnisses und ist damit ganz auf das Patientenwohl abgestimmt.

Die Ziele der Abstimmung der drei Fachgesellschaften bei der Zertifizierung von Gefäßzentren lassen sich wie folgt zusammenfassen.

- Die Organisationsstruktur wird patientengerechter.
- Es wird eine stärkere „Kundenorientierung“ und Objektivierung erzielt.
- Das Profil, die Kompetenz und die Wettbewerbsposition der Kliniken werden gestärkt.
- Die Ansprechbarkeit für andere Kliniken und Hausärzte wird verbessert, die Antwortzeiten lassen sich deutlich reduzieren.
- Sämtliche Abläufe werden auf den Gefäßpatienten zentriert, woraus sich eine sachgerechte, qualitativ verbesserte, innovative und letztendlich kostengünstigere Patientenversorgung ergibt.

Die zu erfüllenden Voraussetzungen zur Zertifizierung sowie den genauen Ablauf finden Sie auf der Homepage der DRG.

*Quelle: Deutsche Röntgengesellschaft e.V.,
www.drg.de*

Junge Ärzte bilden Zukunftsbündnis

Aus Sorge, dass in naher Zukunft die Versorgungsqualität und die Menschlichkeit in den deutschen Kliniken unter der zunehmenden Arbeitsverdichtung leiden, haben in Berlin Vertreter/innen der Assistenzärzte/innen und jungen Fachärzte/innen der größten deutschen Berufsverbände und Fachgesellschaften das Bündnis JUNGE ÄRZTE gegründet.

Dabei handelt es sich um ein interdisziplinäres, verbands- und fachgesellschaftsübergreifendes Bündnis junger Ärztinnen und Ärzte, die sich gemeinsam dafür einsetzen möchten, dass sowohl die Patientenversorgung als auch die Berufs- und Arbeitsbedingungen verbessert werden.

Das Bündnis JUNGE ÄRZTE versteht sich als Ansprechpartner für aktuelle Entwicklungen, die fachgebietsübergreifend die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und damit die zukünftige Basis einer hochwertigen Patientenversorgung bedrohen. Das Bündnis JUNGE ÄRZTE möchte aktiv die Interessen der jungen Ärzte/innen gesundheitspolitisch vertreten. Weitere Berufsverbände und Fachgesellschaften sind ausdrücklich zur Mitarbeit eingeladen.

*Quelle: Bündnis Junge Ärzte,
www.jungeaerzte.de*