

1. Gesonderte Datenerhebung 2020

Unter großer Beteiligung der Mitgliedseinrichtungen wurde die Datenerhebung zum Jahr 2020 für die Indikatoren Klinisches Ethikkomitee und Personalausstattung Palliativmedizin abgeschlossen. Fast 60 Kliniken hatten ihre Angaben zu den Indikatoren an das Berliner Büro übermittelt.

Im Vergleich mit 2018 waren die Ergebnisse stabil. Ein klinisches Ethikkomitee wurde bei rund einem von 400 Behandlungsfällen durchgeführt. Bezogen auf 100 Vollkräfte verfügten etwa drei Ärztinnen und Ärzte sowie drei Pflegekräfte über eine Zusatzqualifikation in der Palliativmedizin. Für die nächste Erhebung zum Jahr 2021 ist eine Schärfung der Definitionen zur Personalausstattung geplant, die sich auf Angaben zur Meldung nach Krankenhausstatistikverordnung beziehen.

2. Behandlungskonzepte und Sterblichkeit bei COVID-19

Im internen Newsletter Mai 2021 hatten wir bereits über die Ergebnisse des Vergleichs zwischen erster und zweiter Welle der Corona-Pandemie informiert. Der vollständige Artikel ist jetzt im Monitor-Versorgungsforschung erschienen und unter nachfolgendem Link abrufbar:

https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Stausberg_et_al_Behandlungskonzepte_Sterblichkeit_Covid-19/view

3. Risikomodell zur HSMR weiterhin gültig

Die risikoadjustierte Gesamtsterblichkeit (Hospital Standardized Mortality Ratio, HSMR) ist eine zentrale Kennzahl im QKK-Indikatorenset. Die HSMR erlaubt nicht nur eine übergreifende Einschätzung zur Sterblichkeit bei stationären Behandlungsfällen, sondern weist auch auf unerwartete Todesfälle hin, bei denen eine weitergehende Betrachtung Hinweise für das Qualitätsmanagement liefern kann. Einer „Rosinenpickerei“ mit auffällig guten Ergebnissen bei Qualitätsindikatoren schiebt die HSMR einen Riegel vor. In der Auswahl von Leistungsbereichen für ein Peer Review setzt der QKK e. V. die HSMR unterstützend ein.

Angesichts einer veränderten Versorgungssituation des stationären Bereiches in der Corona-Pandemie stand die Gültigkeit des mit dem Datenjahr 2016 erarbeiteten Risikomodells der HSMR in Frage. Das Modell, mit dem ein statistisches Risiko des Versterbens für jeden einzelnen Fall ermittelt wird, umfasste neben Geschlecht und Alter die Hauptdiagnose, die Komorbidität, den Anlass zur Aufnahme (Notfall, Zuverlegung), die Tatsache eines operativen Eingriffes sowie die Anzahl an Beatmungstunden.

Zur Überprüfung des bestehenden Risikomodells wurde daher eine Analyse für das Datenjahr 2020 durchgeführt und mit einem neu berechneten Modell verglichen. Das neu berechnete Modell umfasste neben den bisherigen Elementen einen aktualisierten Ansatz zur Abschätzung der Komorbidität über einen Komorbiditätsscore.

Die Analyse ergab eine unverändert hohe Güte des bestehenden Risikomodells. Bei leicht veränderter Gewichtung von Risiken zeigten auch das neu berechnete Risikomodell sowie der aktualisierte Komorbiditätsscore ein sehr gutes Niveau. Eine statistisch signifikante Überlegenheit ergab sich jedoch nicht. Im Vorstand wurde daher entschieden, das bestehende Modell beizubehalten, um so einen zuverlässigen Vergleich über einen längeren Zeitraum zu ermöglichen. Hervorzuheben ist die unveränderte Passgenauigkeit des Modells für die

Versorgungssituation in 2020. Patientinnen und Patienten mit COVID-19 scheinen mit den schweren Lungenerkrankungen sowie anderen Folgen der Infektion mit SARS-CoV-2 bereits gut über das Risikomodell beschrieben. Bei einer Bewertung der Ergebnisse ist zu beachten, dass bei dem bestehenden Modell der Wert „100“ nicht mehr den Durchschnitt darstellt, sondern der Durchschnitt aktuell etwa bei 95 bis 97 liegt.

4. Peer Review-Verfahren

In diesem Jahr werden aufgrund der COVID-19-Pandemie keine Peer Review-Verfahren durchgeführt. Damit die ausgewählten Häuser dennoch die Möglichkeit der Qualitätsverbesserung auf Grundlage der aktuellen Zahlen nutzen können, werden Selbstbewertungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt.

Es wurden 15 Mitgliedshäuser ausgewählt, die Krankheitsverläufe von Patientinnen/Patienten mit folgenden Indikatoren betrachten:

GIQI -01.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19 J.), Anteil Todesfälle, aufgetreten
GIQI -02.1 - Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
GIQI -21.3 - Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle
GIQI -21.311 - davon Kolonresektionen bei kolorekt. Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle
GIQI - 46.1 - Schenkelhalsfraktur (Alter > 19 J.), Anteil Todesfälle und GIQ-46.2 - Pertrochantäre Fraktur, Alter>19 J., Anteil Todesfälle
GIQ-56.11 - davon Beatmung > 24 Stunden ohne Zuverlegungen (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle
GIQI -57.1 - Sepsis (als Hauptdiagnose), Anteil Todesfälle

Die von den ausgewählten Häusern identifizierten Verbesserungspotenziale werden zusammengefasst und allen Mitgliedshäusern zur Verfügung gestellt.

Falls Sie Interesse an dem Selbstbewertungsbogen haben wenden Sie sich bitte an Frau Maria Zimmermann.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg
Wissenschaftliche Begleitung des QKK e. V.
Waisenhausbrink 5 | 45276 Essen
E-Mail: stausberg@ekmed.de

Für das Peer Review-Verfahren:

Maria Zimmermann
Mobil: 0172 6509180;
Email: zimmermann-m@caritas-trier.de