



**Protokoll der 48. Vorstandssitzung des Berliner Herzinfarktregister e.V.
am 14.1.2014 um 19:00 Uhr auf der Schleuseninsel**

Tagesordnung:

1. Stand des Monitoring
2. Stand FMC-BHIR Studie
3. MONICA Augsburg / BHIR
4. AOK Krankenhausnavigator
5. Publikationen
 - Klinikvergleich
 - MONICA Augsburg / BHIR
 - ESC
6. Verschiedenes

Anwesend waren:

Theres (Vorsitzender), Schühlen (stellvertretender Vorsitzender) Maier (geschäftsführendes Vorstandsmitglied), Behrens (Vorstandsmitglied), Busse (Vorstandsmitglied), Schoeller (Vorstandsmitglied). Gäste: Baretti, Bruch, Fried, Graf, Kallischnigg, Kuckuck, Röhnisch, Schulz, Stockburger, Strecker, Thimme, Wagner. Mit den Anwesenden war die Vorstandssitzung beschlussfähig.

TOP 1: Stand des Monitoring

- Am Monitoring nehmen teil 17 Kliniken mit insgesamt 2904 Fällen in 2012
- 214 Fälle (7,4% von 2904 Fällen) als Gesamtstichprobe für Monitorings gezogen
- Monitoring durchgeführt in 13 Kliniken für 156 Fälle
- Monitoringunterlagen liegen dem BHIR zur Auswertung vor von 9 Kliniken für 102 Fälle

TOP 2: FMC-BHIR Studie (Nacherhebung zu Versorgungszeiten: First medical contact und STEMI Diagnose, zu Details s.a. Protokoll der 46. Vorstandssitzung vom 7.8.13)

- Feuerwehr hat mündlich – schriftliche Zustimmung steht noch aus – zugestimmt in der FMC-BHIR Studie mit dem BHIR zu kooperieren
- Daten nacherhoben in 7 Kliniken (~ 50% aller Patienten)
- EKGs befundet von 400 Patienten (~1000 EKGs) **Dank an Herrn Professor Rutsch !**
- Geplant, Erhebung bis Ende April abzuschliessen

TOP 3: MONICA Augsburg / BHIR

2006 hatten das BHIR und das Augsburger Herzinfarktregister im Rahmen einer Kooperation ihre Daten für 2000-2004 verglichen und das Ergebnis auf einem Beitrag zur Jahrestagung der Epidemiologen präsentiert. Anfang 2013 wurde beschlossen den Vergleich für einen 10-Jahreszeitraum (1999-01 zu 2009-11) mit den gepoolten Daten beider Register zu wiederholen. Inzwischen liegen erste in Augsburg durchgeführte Berechnungen im Vergleich beider Register vor, die Maier auf der Sitzung präsentiert hat. Diskutiert wurde, dass möglicherweise unterschiedliche Einschlusskriterien die Differenzen zwischen beiden Registern erklären könnten. Maier fragt nach in Augsburg.

TOP 4: AOK Krankenhausnavigator – hier Schwerpunkt therapeutische PCI (ohne Infarkte)

AOK Klinikvergleich nach Krankenhausnavigator für Patienten mit PCI ohne Infarkt bei 20 Kliniken mit Katheterlabor (auch DHZB) zeigt auf Basis der im Anhang dargestellten Methodik für 2008-10 eine *Dreiteilung* in der Versorgungsqualität in Berlin: 5 (-7) Kliniken mit „1 Baum“, 6 Kliniken mit „2 Bäumen“, 7 Kliniken mit „3 Bäumen“

BHIR Klinikvergleich gemeinsam mit Prof. Wegscheider für Patienten mit Infarkt bei 18 Kliniken (davon 2 ohne Katheterlabor) zeigt für 2010-12 nach Bereinigung um Zufall (Bayes-Schrumpfung), Adjustierung für 15 Baseline Variablen und Imputation fehlender Werte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kliniken (ICC 1,8% mit $p=0,133$).

Welches die Gründe für die Unterschiede in beiden Klinikvergleichen sein könnten, wurde auf der Sitzung eingehend diskutiert.

TOP 5: Publikationen

- Es wurde beschlossen, den BHIR Klinikvergleich mit einer methodischen Ausrichtung in einem kardiologischen Journal zu publizieren. Ein erster Entwurf für eine Publikation von Maier liegt vor und wird gerade von Wegscheider und Mitarbeitern bearbeitet und ergänzt.
- Für den ESC 2014 sollen Abstracts eingereicht werden zu folgenden Themen
 1. Transradialer vs. transfemorale Zugang beim akuten Myokardinfarkt: Blutungskomplikationen und Outcome – Daten des BHIR (Röhnisch et al.)
 2. Risikofaktorenprofil bei Patienten mit Herzinfarkt: Rauchen bei jüngeren Patienten (Theres et al.)
 3. Qualitätssicherung mit Routine- oder Primärdaten? QS-AMI Projekt zur Beurteilung der Qualität der stationären Versorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin (Maier et al.)
 4. Comparing hospital performance in treatment and short-term outcome of patients with acute myocardial infarction in the city of Berlin (Wegscheider? Maier? et al.)

TOP 6: Verschiedenes

- Im Rahmen der Kooperation der Havelland Kliniken Nauen mit dem BHIR haben die Havelland Kliniken einen Antrag beim Brandenburger Ministerium auf Genehmigung zur Etablierung eines Herzinfarktregisters und auf Genehmigung zur Übermittlung von anonymisierten Patientendaten an das Berliner Herzinfarktregister für gemeinsame Auswertungen gestellt.
- **Termin für 23. Mitgliederversammlung des BHIR ist der 18.3.2014 um 19:00 Uhr auf der Schleuseninsel**

fürs Protokoll, 15.1.2014

Heinz Theres

Birga Maier

Anhang zum AOK Krankenhausnavigator

AOK-Krankenhausnavigator ist als Orientierungshilfe für Patienten bei Suche nach geeignetem Krankenhaus gedacht (abrufbar unter: www.weisse-liste.krankenhaus.aok.de). Die Ergebnisse des Klinikvergleichs für den Einsatz der therapeutischen PCI sind abrufbar unter dem Stichwort: „Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße (OPS 8-837)“

Im aktuellen Krankenhausnavigator sind alle Kliniken aufgeführt, die von 2008-10 bei mindestens 30 AOK Versicherten Katheterintervention durchgeführt haben. Im Navigator sind Informationen abrufbar

- für Ergebnisse von Patientenbefragungen (auf Sitzung nicht diskutiert)
- zu Qualitätsberichten (auf Sitzung nicht diskutiert)
- für Behandlungsergebnisse abgeleitet aus AOK Routinedaten zu PCI nach 4 Einzelindikatoren (30-Tage Sterblichkeit, 30-Tage Komplikationen, 91-365 Tage PCI, 31-365 Tage OP) und einer Gesamtbewertung.
Eingeschlossen werden alle mit PCI (OPS Code 8-837) vollstationär oder ambulant im Krankenhaus behandelte Patienten mit Alter >19 J. Ausgeschlossen werden Patienten mit Infarkt (ICD Code I21 und I22), Herzstillstand (ICD Code I46) oder Operationen am Herzen (OPS Codes 5-35, 5-36, 5-370-376, 5-379)

Indikatoren:

1. Indikator: Sterblichkeit in 30 Tagen nach Klinikaufnahme
 - ♦ Risikoadjustierung (keine Differenzierung möglich zwischen present on admission oder erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes aufgetreten) für Alter, Geschlecht, ambulant in Klinik, Dialyse im Vorjahr, Infarkt im Vorjahr, Schock im Startfall, NYHA-Stadium >1 im Startfall, Anzahl PCIs (1 vs. 2), Begleiterkrankungen im Startfall nach modifiziertem Elixhauser Score, der sich aus 30 Einzelvariablen zusammensetzt.
 - ♦ Ausschluss: alle Patienten mit Operationen (OPS 5-01 bis 5-92) im Startfall und bei Wiederaufnahme mit Ausnahme OP bei Verschluss A. femoralis und AV-Fistel
2. Indikator: Komplikationen im Startfall und in 30 Tagen nach Entlassung
 - ♦ Welche Komplikationen werden berücksichtigt: *Transfusion von Vollblut, Verschluss A. femoralis, Verschluss AV-Fistel, Thrombininjektion, Dialyse* bei Wiederaufnahme auch: *Lungenembolie, Aneurysma/Dissektion der Arterie untere Extremitäten oder sonstiger Arterie oder nicht näher bezeichneter Arterie, Thrombose/ Phlebitis der untere Extremitäten, akutes Nierenversagen, Dialyse, in Klinik erworbene Pneumonie, Komplikation bei Eingriffen n.n.b.*
 - ♦ Ausschluss: alle Patienten mit Operationen (OPS 5-01 bis 5-92) im Startfall und bei Wiederaufnahme mit Ausnahme OP bei Verschluss A. femoralis und AV-Fistel
 - ♦ Risikoadjustierung: wie bei Sterblichkeit
3. Indikator: Erneute PCI in 91 bis 365 Tage nach Entlassung
 - ♦ Ausgangspunkt: Folgebehandlung sollte in 90 Tagen erfolgen; spätere Eingriffe sollten vermieden werden
 - ♦ Risikoadjustierung: wie Sterblichkeit

4. Indikator: Bypass OP in 31 bis 365 Tage nach Entlassung

- ♦ Ausgangspunkt: OP sollte in 30 Tagen erfolgen; spätere OP weist hin auf ungeplanten Eingriff
- ♦ Risikoadjustierung: wie Sterblichkeit

Indikator: Gesamtbewertung

- ♦ Zähler: Anzahl Patienten, die in 30 Tagen nach Klinikaufnahme verstorben sind oder bis zu 30 Tage nach Entlassung Komplikationen zeigten oder in 91-365 Tagen nach Entlassung erneut PCI oder in 31-365 Tagen Bypass OP erhielten
- ♦ Nenner: alle mit PCI
- ♦ Risikoadjustierung: wie Sterblichkeit

Berechnung

Für alle Indikatoren wird eine „Standardisierte Mortalitätsrate“ (SMR) berechnet, d.h. Rate der beobachteten geteilt durch erwarteten Werte mit 95% Konfidenzintervall (SMR>1 schlechter als Durchschnitt, SMR<1 besser als Durchschnitt, SMR=1 Durchschnitt)

Gesamtberechnung setzt sich nicht zusammen aus Einzelindikatoren, sondern wird eigens berechnet (ermöglicht Berechnungen auf Basis höherer Fallzahlen)

Bewertung

Bewertet wird anhand der Konfidenzintervalle, um Streuung zu berücksichtigen:

- „+“ bzw. „3 Bäume“ erhalten 20% der Kliniken mit *niedrigsten oberen* 95% KI-Grenzen
- „-“ bzw. „1 Baum“ erhalten 20% der Kliniken mit *höchsten unteren* 95% KI-Grenzen
- „0“ bzw. „2 Bäume“ erhalten alle anderen Kliniken
- Ausnahme: <5 Ereignisse/Indikator: nie unterdurchschnittlich

Grafik zu Bewertung anhand der Konfidenzinteralle (fiktives Bsp. dient nur Verdeutlichung)

