

Leseanleitung zu den Qualitätsindikatoren



Lesebeispiel

Beim nachfolgenden Qualitätsindikator „Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19 Jahre)“ liegt der Wert der durchschnittlichen Krankenhaussterblichkeit in der Bundesrepublik bei 10,7% (Quelle: Statistisches Bundesamt 2009). Daraus ergibt sich rechnerisch für das Beispielkrankenhaus, auf Grund des Alters und Geschlechts der Patientinnen und Patienten des Jahres 2010, eine zu erwartende Krankenhaussterblichkeit von 10,7% ⁴ als Erwartungswert. Ziel der IQM-Mitgliedskliniken ist es, im Ergebnis unter diesen Erwartungswerten zu liegen ¹. Der für das Beispielkrankenhaus tatsächlich gemessene Ist-Wert betrug im Jahr 2010 nur 8,5% ³. 8,9% ² ist für den Qualitätsindikator „Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt“ der Durchschnittswert aller IQM-Mitgliedskliniken. Erwartungswerte im vorgenannten Sinne sind nur dann in der Ergebnisübersicht angegeben, wenn sie aus dem Material des Statistischen Bundesamtes zu errechnen waren.

Stand: 15.04.2011

IQ ^M Qualitätsindikatoren		IQM-Zielwert Quelle	IQM-Durchschnittswert Fallzahl	Klinik-Istwert Fallzahl 2010	Klinik-Erwartungswert SMR
▼ HERZERKRANKUNGEN		1	2	3	4
▶ HERZINFARKT					
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt Alle Patienten > 19 Jahre		< Erwartungswert 1	8,9% 2.008 von 22.334	8,5% 23 von 270	10,7% 0,79

Die Indikatoren

Unsere IQM-Qualitätsindikatoren sind so ausgewählt, dass sie sowohl häufige und wichtige Krankheitsbilder abbilden, wie etwa Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Lungenerkrankungen, als auch wichtige Verfahren umfassen, wie etwa Gallenblasenoperationen, Leisten-, Schenkel-, oder Nabelbruch, große Operationen im Bereich des Verdauungstraktes, Gefäßoperationen, gynäkologisch und geburts-hilfliche Eingriffe, orthopädisch - unfallchirurgische und urologische Operationen. Außerdem schauen wir bei den Indikatoren zur Beatmung und zur Blutvergiftung in zwei komplexe Behandlungsabläufe aus dem Bereich der Intensivmedizin. Darüber hinaus sind alle Indikatoren aus den Routinedaten des Krankenhauses ohne zusätzliche Dokumentation erhoben, was neben der Minimierung des Aufwandes den weiteren Vorteil hat, dass diese Daten sich des subjektiven Einflusses einer Zusatzdokumentation entziehen.

Was wird gemessen

Hierbei unterscheiden wir **absolute Mengeninformatio**nen

- bei Krankheitsbildern, von denen wir wissen, dass eine Mindestfallzahl für die Qualität wichtig ist (Lungenkrebs, Brustkrebs, Brustoperationen, Prostatakrebs)

von **relativen Mengeninformatio**nen

- bei den Krankheitsbildern oder Operationen, bei denen ein gewisser Anteil nicht über- oder unterschritten werden sollte (bspw. Anteil bestimmter schonender Operationsverfahren an der Galle oder im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe).

Wesentlicher Messwert ist aber auch die **Sterblichkeit** bei verschiedenen Krankheitsbildern und Verfahren, auch wenn wir uns darüber bewusst sind, dass eine gewisse Sterblichkeit im Krankenhaus auch bei bester Medizin nicht vermeidbar ist. Deswegen vergleichen wir die Sterblichkeiten, wo verfügbar, mit den bundesdurchschnittlichen Werten des **Statistischen Bundesamtes**.

Hiermit wird eine **Risikogewichtung** für das **Alter** und das **Geschlecht** der behandelten Patienten möglich, weil auch die Bundesdaten nach Alter und Geschlecht getrennt publiziert werden. Es ist verständlich, dass eine Klinik mit einem hohen

Anteil sehr alter Patienten eine andere Sterblichkeit aufweist, als eine Klinik mit vergleichsweise jungen Patienten.

Hier dient der **Erwartungswert** als wesentliche Orientierungshilfe, weil er besagt, welche Sterblichkeit bei einer Patientengruppe gleicher Alters- und Geschlechtsverteilung im Bundesdurchschnitt zu erwarten wäre. Insofern ergeben sich für unterschiedliche Kliniken unterschiedliche Erwartungswerte, wenn Unterschiede in der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der behandelten Patienten bestehen. Als IQ^M Zielwert gilt aber für alle IQ^M Kliniken besser zu sein als der Bundesdurchschnitt bzw. der hieraus errechnete Erwartungswert.

Die Beziehung zwischen erwarteter Sterblichkeit und dem tatsächlichen Wert der Klinik nennt man wissenschaftlich „**standardized mortality rate**“ oder kurz „**SMR**“. Liegt diese Quote unter 1 dann ist die tatsächliche Sterblichkeit in der Klinik geringer als die zu erwartende, liegt sie über 1 ist die Sterblichkeit höher als eigentlich erwartet. Da ein solcher Wert lediglich bei den Werten errechenbar ist, bei denen die zu erwartende Sterblichkeit aus den Daten des Statistischen Bundesamtes bekannt ist, kann er auch nur hierfür angegeben werden und ist in der Tabelle unter „Details einblenden“ bei den verschiedenen Krankheitsgruppen sichtbar. Für die Einordnung der Daten ist es aber wesentlich zu berücksichtigen, dass die IQ^M Kliniken im Durchschnitt „bessere“ als die erwarteten Werte aufweisen.

Liegen keine alters- und geschlechtsgewichteten Werte für einen Indikator vor, kann auch kein Erwartungswert errechnet werden. Bei diesen Indikatoren entstammen die **IQ^M Zielwerte** entweder der wissenschaftlich relevanten Literatur, anderen Qualitätsmessungen, wie etwa der SQG oder sind in den Fachgremien verabschiedet.

Wir sind uns ebenso bewusst, dass die Sterblichkeit bei manchen Indikatoren ein ausgesprochen seltenes Ereignis ist und nicht als alleiniger Nachweis der medizinischen Qualität gelten darf. Dennoch messen wir auch im „low risk“ Bereich die Sterblichkeit, weil wir fest davon ausgehen können, dass wir in der nachfolgenden Analyse in diesen seltenen Ereignissen wichtige Potentiale sehen, unter denen die eigentliche Breite der verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Prozesse sichtbar und auch für den seltenen Einzelfall verbesserbar wird.