

# Leseanleitung zu den IQ<sup>M</sup> Qualitätsindikatoren 2009

In diesem Jahr veröffentlichen die IQ<sup>M</sup> Mitgliedskliniken zum ersten Mal vollständig ihre Liste der IQ<sup>M</sup> Qualitätsindikatoren für das Jahr 2009. Damit folgen wir den IQ<sup>M</sup> Prinzipien, die Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung wichtiger Krankheitsbilder transparent darzustellen, gezielt Verbesserungspotentiale aufzuzeigen, die es den Kliniken erlauben, ihre Qualität kontinuierlich zu steigern. Von entscheidender Bedeutung ist für uns, dass auffallende Werte mit der Hilfe von Fachkollegen aus anderen IQ<sup>M</sup> Kliniken gemeinsam analysiert werden können, um aus diesen Erkenntnissen ganz konkrete Schritte zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses abzuleiten („peer review“). Gerade dieses Streben nach kontinuierlicher Qualitätsverbesserung, in einer offenen, ehrlichen und lösungsorientierten Kultur untereinander, sind die besten Strategien, um die optimale Qualität der medizinischen Behandlung zu entwickeln.

## Die Indikatoren

Unsere Qualitätsindikatoren sind so ausgewählt, dass sie sowohl häufige und wichtige Krankheitsbilder abbilden wie etwa **Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Schlaganfall und Lungenerkrankungen** als auch wichtige Operationen umfassen, wie etwa **Gallenblasenoperationen, Leisten-, Schenkel-, oder Nabelbruch, große Operationen im Bereich des Verdauungstraktes, Gefäßoperationen, gynäkologisch und geburtshilfliche 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 Mengeninformationen**

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

von **relativen Mengeninformationen**

- 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 oder Operationen, 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 aus den Daten des **Statistischen Bundesamtes** (St.Ba.).

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 IQM Zielwert gilt aber für alle IQ<sup>M</sup> 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 St.Ba.-Daten 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 wesentlich zu berücksichtigen, dass die IQ<sup>M</sup> 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 **IQM Zielwerte** entweder der wissenschaftlich relevanten Literatur, anderen Qualitätsmessungen wie etwa der BQS 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.