

Leseanleitung zu den IQM-Qualitätsindikatoren

Lesebeispiel

Beim nachfolgenden Qualitätsindikator „Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alle Patienten > 19 Jahre)“ liegt der Wert der durchschnittlichen Krankenhaussterblichkeit in der Bundesrepublik bei 9,3% (Quelle: Statistisches Bundesamt 2011). Daraus ergibt sich rechnerisch für das Beispielkrankenhaus, aufgrund des Alters und Geschlechts der Patientinnen und Patienten des Jahres 2014, eine zu erwartende Krankenhaussterblichkeit von 8,4% **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 2014 5,9% **3** und lag damit unter dem Klinik-Erwartungswert für den Qualitätsindikator „Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt“. Der Durchschnittswert aller IQM-Mitgliedskliniken liegt bei diesem Indikator bei 8,2% **2**. Erwartungswerte sind nur dann in der Ergebnisübersicht angegeben, wenn sie aus dem Material des Statistischen Bundesamtes zu errechnen waren.

[Leseanleitung zu den IQM Qualitätsindikatoren](#)

[Download \(PDF\)](#)

[Vorjahres-Ergebnisse](#)

[Unsere QSR-Mehrjahresergebnisse](#)

[Unser Qualitätsbericht inkl. SQG-Indikatoren](#)

G-IQI 4.0
Stand: 15.04.2015

IQM-Qualitätsindikatoren

	IQM-Zielwert <small>Quelle</small>	IQM-Durchschnittswert <small>Fallzahl</small>	Klinik-Ist-wert <small>Fallzahl</small>	Klinik-Erwartungswert <small>SMR</small>
	1	2	3	4
HERZERKRANKUNGEN				
HERZINFARKT				
Todesfälle bei Hauptdiagnose Herzinfarkt <small>Alle Patienten > 19 Jahre</small>	< Erwartungswert <small>1</small>	8,2% <small>4.529 von 55.111</small>	5,9% <small>49 von 833</small>	8,4% <small>0,7</small>

Die Indikatoren

Die von IQM verwendeten German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) 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 geburtshilfliche Eingriffe, orthopädisch - unfallchirurgische und urologische Operationen. Außerdem werden mit den Indikatoren zur Beatmung und Sepsis zwei komplexe Behandlungsabläufe aus dem Bereich der Intensivmedizin erfasst. 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 und Verfahren, auch wenn wir uns bewusst sind, dass eine gewisse Sterblichkeit im Krankenhaus auch bei bester Medizin nicht vermeidbar ist. Deswegen vergleichen wir die Sterblichkeiten, wo verfügbar, mit bundesdurchschnittlichen Werten. Diese werden entweder aus Daten des **Statistischen Bundesamtes** oder aus Daten des **Forschungsdatenzentrums der statistischen Ämter des Bundes und der Länder** berechnet.

Mit den Daten des Statistischen Bundesamtes wird eine **Risikogewichtung** für das **Alter** und das **Geschlecht** der behandelten Patienten möglich, weil auch die Bun-

desdaten 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.

Als wesentliche Orientierungshilfe zur Einordnung der Ergebnisse dient der **Erwartungswert**, weil er besagt, welche Sterblichkeit bei einer Patientengruppe gleicher Alters- und Geschlechtsverteilung im Bundesdurchschnitt zu erwarten wäre. Insofern ergeben sich für unterschiedliche Kliniken individuelle Erwartungswerte, da Unterschiede in der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der behandelten Patienten bestehen. Ziel der IQM-Kliniken ist es, „bessere“ als die erwarteten Werte aufzuweisen.

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. Ein solcher Wert ist lediglich bei den Indikatoren errechenbar, bei denen die zu erwartende Sterblichkeit aus den Daten des Statistischen Bundesamtes ermittelt werden kann.

Liegen keine alters- und geschlechtsgewichteten Werte für einen Indikator vor, kann auch kein Erwartungswert errechnet werden. Bei diesen Indikatoren nutzt IQM Bundesdurchschnittswerte als Referenzwerte, die aus Daten des Forschungsdatenzentrums der statistischen Ämter des Bundes und der Länder ausgewertet werden. Hier ist es das Ziel aller IQM-Kliniken „besser“ zu sein als der entsprechende Bundesdurchschnittswert.

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.