

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Bericht 2017

Abgenommen durch die
Bundes-Zielsteuerungskommission am 6. April 2018

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Stubenring 1

1010 Wien

Die Erarbeitung dieses Berichts erfolgte im Rahmen von A-IQI: „Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten“, Austrian Inpatient Quality Indicators.

Mitglieder der A-IQI Steuerungsgruppe:

Landesgesundheitsfonds, Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Koordination:

Dr. Silvia Türk (BMASGK)

Mitarbeit:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Margarita Amon, MSc (BMASGK)

Ingrid Rath (BMASGK)

Ines Vukic, MSc (BMASGK)

Wien, im Februar 2018

ISBN 978-3-85010-509-5

Management Summary

Das System Austrian Inpatient Quality Indicators, kurz A-IQI, nutzt Indikatoren auf Basis von Routinedaten (Ermittlung von Auffälligkeiten) und das Analyseinstrument Peer-Review-Verfahren (Identifizierung von Optimierungspotential).

- Inpatient Quality Indicators (IQI): Die IQI werden in Österreich, Deutschland und der Schweiz angewandt. Dies ermöglicht einen 3-Länder-Vergleich der Ergebnisse.
- Peer-Review-Verfahren: Zu den Schwerpunkten Operationen an der Lunge, kolorektale Operationen, Intensivbetreuung und Beatmung
- Peer-Review-Ergebnisse, ausgewählte Beispiele:

Operationen an der Lunge: Multidisziplinäre, präoperative Risikoevaluierung in nachweislicher Form, Einrichtung einer IMCU (Intermediate Care Unit)

Kolorektale Operationen: Schaffung von ausreichend Ressourcen für notwendige operative Akutinterventionen, Verbesserung der Kommunikation zwischen den kooperierenden Krankenhäusern, Einführung von Übergabeprotokollen

Intensivbetreuung: Einführung eines Modified Early Warning Systems (Identifikation der Risikopatientinnen und Patienten außerhalb der ICU und rechtzeitige/adäquate Behandlung), Schulung für LKF-Kodierung und SAPS3-Scoring an der Abteilung

- Akzeptanz des Peer-Review-Verfahrens:

Feedback der Krankenhäuser: Rücklaufquote 88%, insgesamt sehr gute Bewertung, schlechteste durchschnittliche Bewertung einer Frage liegt bei 1,6 (nach Schulnotensystem 1-5).

Feedback der Peer-Review-Teams: Rücklaufquote 94%, insgesamt sehr gute Bewertung, Ergebnisse liegen für die wichtigsten Details bei 1,2 und 1,4 (nach Schulnotensystem 1-5).

➤ Peer Review-Maßnahmen-Monitoring:

Schwerpunktthema	Umsetzungsgrad der Maßnahmen
2013: Herzinfarkt	100%
2013: Pneumonie	100%
2013: Schenkelhalsfraktur	91%
2014: Schlaganfall	85%
2014: Cholezystektomie	93%
2015: Herniotomie	63%
2015: Hysterektomie	83%
2015: Linksherzkatheter	71%
2015: Hüftendoprothesen-Revision	82%
2016: Urologie	81%
2016: Gefäßchirurgie	47%
2016: Herzchirurgie	68%

➤ A-IQI-Indikatoren -Monitoring (Qualitätsindikatoren):

Schwerpunktthema	Ergebnis-Verbesserung bei Indikatoren des Schwerpunktthemas
2013: Herzinfarkt	100%
2013: Pneumonie	* Monitoring ausgesetzt (Kodierung neu strukturiert)
2013: Schenkelhalsfraktur	* Gravierende Strukturänderungen ab 2015 (neues Sonderfach Orthopädie/Traumatologie)
2014: Schlaganfall	60%
2014: Cholezystektomie	50%
2015: Herniotomie	100%
2015: Hysterektomie	77%
2015: Linksherzkatheter	67%

➤ Kliniksuche.at Inhalte zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten für die Bevölkerung



Inhalt

Management Summary.....	3
Abbildungen und Tabellen	I
Abkürzungen	II
1 System A-IQI.....	1
1.1 Weiterentwicklung der Indikatoren und Regelkreis in A-IQI.....	1
1.2 Qualitätsindikatoren	3
1.3 Peer-Review-Verfahren	4
2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2016 / Vergleich Deutschland und Schweiz	8
2.1 Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung.....	8
2.2 Lesebeispiel Qualitätsindikator	10
2.3 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2016	11
3 Peer-Review-Ergebnisse 2017	20
3.1 Operationen an der Lunge.....	20
3.2 Kolorektale Operationen	21
3.3 Intensivbetreuung und Beatmung.....	23
3.4 Feedbackergebnisse der Peer Review Verfahren.....	25
4 Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen aus den Peer-Review-Verfahren 2013-2016	27
4.1 Schenkelhalsfraktur	27
4.2 Schlaganfall	28
4.3 Cholezystektomie	29
4.4 Urologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie.....	30
5 Monitoring der qualitätsverbessernden Maßnahmen von 2010-2015.....	31
5.1 Maßnahmen-Monitoring (Peer-Review-Verfahren).....	31
5.2 Ergebnis-Monitoring (Qualitätsindikatoren)	34
6 KLINIKSUCHE.AT.....	36
6.1 Grundlagen	36
6.2 Updates, Weiterentwicklung.....	38
7 Ausblick 2018.....	40
Literatur.....	42

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Regelkreis A-IQI.....	2
Abbildung 2: Verbesserungsmaßnahmen Schlaganfall.....	28
Abbildung 3: Screenshot kliniksuche.at	36
Abbildung 4: Themengebiete in kliniksuche.at.....	37
Abbildung 5: Weiterentwicklung kliniksuche.at.....	39
Tabelle 1: Überblick Qualitätsindikatoren.....	3
Tabelle 2: Überblick Peer-Review-Verfahren.....	5
Tabelle 3: Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens	5
Tabelle 4: Analysekriterien.....	7
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren-Ergebnisse, Erklärung einzelne Spalten	8
Tabelle 6: Lesebeispiel Qualitätsindikator Herzinfarkt	10
Tabelle 7: Verbesserungsmöglichkeiten Operationen an der Lunge	21
Tabelle 8: Verbesserungsmöglichkeiten kolorektale OP.....	23
Tabelle 9: Verbesserungsmöglichkeiten Intensivbetreuung und Beatmung	25
Tabelle 10: Überblick bearbeitete Schwerpunktthemen	31
Tabelle 11: Erhebung Maßnahmen-Monitoring, Beispiel	32
Tabelle 12: Ergebnis-Monitoring, Herzinfarkt.....	34

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AN	Anästhesie
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit
CH	Chirurgie
CH-IQI	Swiss Inpatient Quality Indicators
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CPR	Herz-Lungen-Wiederbelebung/Cardiopulmonary Resuscitation
CT	Computertomographie
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
ICU	Intensive Care Unit
IM	Innere Medizin
IMCU	Intermediate Care Unit
INT	Intensivmedizin
IQI	Inpatient Quality Indicators
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
KA	Krankenanstalt
KG	Krankengeschichte
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
M&MK	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
NEU	Neurologie
NCH	Neurochirurgie
OP	Operation
PDMS	Patientendatenmanagementsystem
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SOP	Standard Operating Procedure
NRS	Numerical Rating Scale for pain
OR/UC	Orthopädie/Unfallchirurgie
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
RÖ	Röntgen
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
TCH	Thorax-Chirurgie
VAS	Visual Analog Scale for pain

1 System A-IQI

Durch A-IQI können Schwachstellen in der gesamten Behandlung (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse) im stationären Bereich identifiziert werden. Darüber hinaus ermöglichen die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten in Kombination mit dem krankenhausinternen Qualitätsmanagement einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Die Entscheidungen über Abbildung neuer Bereiche, Schwerpunkte in Peer Review Verfahren und Weiterentwicklung des Systems A-IQI werden in der A-IQI Steuerungsgruppe getroffen. Die Entwicklung und Weiterentwicklung der Indikatoren findet im Wissenschaftlichen Beirat unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten (Wissenschaftliche Gesellschaften) im Auftrag der Steuerungsgruppe statt. Im BMASGK in der Abteilung für Qualität im Gesundheitssystem, Gesundheitssystemforschung liegt die Organisation für das System. Das BMASGK leitet die Steuerungsgruppe und den Wissenschaftlichen Beirat und übernimmt operative Tätigkeiten im System.

Organisation und Verantwortlichkeiten sind im Organisationshandbuch detailliert beschrieben (vgl. Türk et al. 2015).

Jährlich findet im Herbst ein Peer Review Follow-Up statt, wo alle Ergebnisse aus den aktuellen Peer-Review-Verfahren gemeinsam mit den Betroffenen und den Wissenschaftlichen Gesellschaften diskutiert und bundesweite Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet werden.

1.1 Weiterentwicklung der Indikatoren und Regelkreis in A-IQI

Der folgend dargestellte und beschriebene Regelkreis soll den grundlegenden Ablauf von A-IQI erörtern:

1. A-IQI Indikatorendefinition
2. Messung
3. Identifikation von Auffälligkeiten
4. Prozessanalyse
5. Festlegung Verbesserungen
6. Umsetzung Verbesserungen
7. Messung/Monitoring

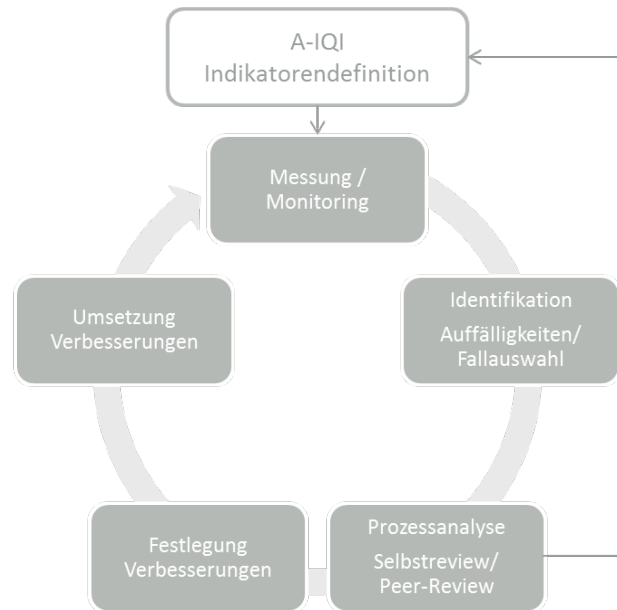


Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013)

A-IQI Indikatorendefinition: Das Indikatorenset wird im Wissenschaftlichen Beirat ganzjährig weiterentwickelt und die aktuelle Version einmal im Jahr technisch im Programm QDok umgesetzt und als „Indikatorenbeschreibung“ publiziert. Im Wissenschaftlichen Beirat A-IQI werden gemeinsam mit den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften bestehende Indikatoren bei Bedarf überarbeitet und neue Fragestellungen und dazugehörige Indikatoren entwickelt. Auf internationaler Ebene wird einmal jährlich durch die Technische Universität Berlin unter Mitarbeit des Vereins Initiative Qualitätsmedizin eine neue Version der German Inpatient Quality Indicators erarbeitet und veröffentlicht. Diese fließt ebenso in die neuen A-IQI-Versionen ein.

Messung: Die Messung der Indikatorenergebnisse wird auf Bundesebene einmal jährlich durchgeführt. Die Übermittlung der Ergebnisse an die Krankenanstalten erfolgt je Gesundheitsfonds unterschiedlich. Entweder erhalten die Krankenanstalten das Auswertungstool QDok und können die Auswertungen selbst vornehmen, oder die Ergebnisse werden seitens des BMASGK, des Gesundheitsfonds oder des Trägers direkt an die Krankenanstalten übermittelt.

Identifikation von Auffälligkeiten: Jedes Jahr werden in der A-IQI Steuerungsgruppe Schwerpunktindikatoren definiert. Diese werden jährlich im Juni auf Auffälligkeiten geprüft und in der A-IQI Steuerungsgruppe besprochen. In einem nächsten Schritt erfolgt durch die Gesundheitsfonds und die betroffenen Krankenanstalten eine Kontrolle bezüglich etwaiger Kodierfehler anhand eines standardisierten Rückmeldebogens. Nach Vorliegen der Ergebnisse werden im September in der A-IQI Steuerungsgruppe alle Peer-Review-Verfahren festgelegt.

Prozessanalyse: Die zentral ausgewählten Einzelfälle der jeweiligen Abteilung, die ein Peer-Review erhalten, werden einem internen Selbstreview unterzogen. Danach findet die Fremdanalyse im Peer-Review-Verfahren statt. Details zum Ablauf finden sich in Kapitel 1.3.

Festlegung/Umsetzung Verbesserungen: Die Festlegung der notwendigen Verbesserungsmaßnahmen erfolgt im Peer-Review-Verfahren inkl. Verantwortlichkeiten und Zeitrahmen. Grundsätzlich sind die Verantwortlichkeiten wie folgt festzulegen:

- Strukturen – Gesundheitsfonds und Krankenanstaltenträger
- abteilungsübergreifende Prozesse – Ärztliche Direktion
- Prozesse innerhalb der Abteilung – Abteilungsleitung

Medizinische bzw. Dokumentationsthemen werden bundesweit mit den wissenschaftlichen Gesellschaften erarbeitet.

Messung/Monitoring: Die laufende Messung des Indikators sowie das Monitoring der vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen ermöglichen die Überprüfung des Umsetzungsgrades sowie darauf aufbauend die Wirksamkeit der Maßnahmen und soll die Nachhaltigkeit des Systems gewährleisten.

1.2 Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsindikatoren werden anhand von Krankheitsbildern oder Operationen gebildet. Diese Indikatoren beinhalten ein breites Spektrum von häufigen Standardbehandlungen bis zu hochkomplexen Eingriffen und Krankheitsbildern. Die Qualitätsindikatoren werden derzeit in der Version 5.0 verwendet. Datengrundlage für die Berechnungen der A-IQI Indikatoren ist das LKF-System. Derzeit beschränken sich die A-IQI Indikatoren auf den stationären Bereich.

Überblick Qualitätsindikatoren	Detail
Aktuelle Version	5.0
Anzahl an Themenbereichen	54
Anzahl an Indikatoren	304
Anzahl an Indikatoren mit Zielbereich	155 (139 Zielbereich, 16 Sentinel)
Anzahl an Indikatorentypen	7
Anzahl an Indikatorenkategorien	3

Tabelle 1: Überblick Qualitätsindikatoren

Welche 7 Indikatorentypen werden gemessen?

- Todesfälle, Anteil Todesfälle
- Intensivhäufigkeit, Anteil Intensivaufenthalte ≥ 2 Nächte
- Komplikationen, Anteil abnorme Verläufe
- Mengen insgesamt
- Operationstechnik, Anteil abdominaler Operationen
- Versorgungsprozess, Anteil präoperative Verweildauer ≥ 2 Tage
- Zusatzinformationen, z.B. Anteil der Fälle in den A-IQI Indikatoren.

Es werden drei Indikatorenkategorien unterschieden:

- Indikatoren mit Zielbereich
- Sentinel-Ereignisse
- Informationsindikatoren

Für die Kennzahlen mit **Zielbereich** werden Bundesdurchschnitte oder Erwartungswerte (abteilungsbezogen, risikoadjustiert mittels Alter und Geschlecht) als Vergleichsbasis herangezogen. Neben den Erwartungswerten und Bundesdurchschnitten werden im Indikatoren-Bereich 53 „Mindestmengen“ Vorgaben aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit als Zielwerte für Mindestfallzahlen verwendet.

Für **Indikatoren mit Zielbereich** werden (aus statistischen Gründen erst ab 10 Gesamtfällen) Konfidenzintervalle berechnet. Für jedes Ergebnis wird ein 95 %-Konfidenzintervall um den gemessenen Wert einer Krankenanstalt berechnet. Liegt der Zielwert außerhalb dieses Konfidenzintervalls, ist das Ergebnis der Krankenanstalt signifikant auffällig. Bei einer gelben Ampel ist der Wert der KA zwar abweichend vom Zielwert, dieser liegt aber noch innerhalb des Konfidenzintervalls.

Darauf aufbauend erfolgt anhand eines Ampelsystems eine Einteilung in „nicht auffällig“ (1 oder grün), „nicht signifikant auffällig“ (2 oder gelb) oder „signifikant auffällig“ (3 oder rot).

Davon ausgenommen sind die sogenannten **Sentinel-Ereignisse**. Dabei handelt es sich um Indikatoren zur Patientensicherheit (z.B. Hüftendoprothesen, Anteil Todesfälle) wo bereits jeder einzelne Todesfall zu einer signifikanten Auffälligkeit führt.

1.3 Peer-Review-Verfahren

Das Peer-Review-Verfahren ist ein strukturiertes, systematisches Verfahren und beruht auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse. Grundvoraussetzung für das Instrument ist ein vertrauensvolles Umfeld. Es funktioniert nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit – direkter Austausch von Expertenwissen. Der Fokus im Verfahren liegt auf dem Finden von Lösungen, nicht von Fehlern.

Überblick Peer-Review-Verfahren 2012-2017	Detail
Anzahl an durchgeführten Peer-Review-Verfahren	129
Summe der analysierten Fälle	>2000
Anzahl an Peer-Review-Schulungen	19
Anzahl aktiver Peers (mind. 1 Verfahren)	> 150
Anzahl an Peer-Review Follow-Ups	4

Tabelle 2: Überblick Peer-Review-Verfahren

Das Verfahren wird grundsätzlich im Krankenhaus vor Ort von „externen“, unabhängigen, erfahrenen und geschulten Primarärztinnen und Primärärzten oder leitenden Oberärztinnen und Oberärzten (Peers) durchgeführt. Das Peer-Review-Team besteht aus drei bis fünf Peers, inklusive einer Teamleitung und Teammitgliedern, aus unterschiedlichen Fachrichtungen. Das Team analysiert und bewertet bis zu 20 relevante Fälle anhand von definierten Analyse Kriterien. Das Herzstück des Verfahrens ist die gemeinsame Diskussion der Einzelfälle mit den Primarärztinnen und Primärärzten vor Ort und eine anschließende, gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen.

Die Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Peer-Review-Grundsätze
Klärung statistischer Auffälligkeiten (keine Repressalien)
Chefsache (Durchsetzbarkeit)
Zentrale Fallauswahl (Treffsicherheit)
Akzeptierte Analyse Kriterien (Rating)
Interdisziplinäre Teams / Ausbildung der Peers
Klare Regeln zum Ablauf (Verlässlichkeit)
Vorgaben zum Protokoll (Lösungsvorschläge)
Strukturierte Auswertung (Transparenz)
Befragung der Abteilungen nach den Reviews (Akzeptanz)
Ziele
Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses (von Abteilungsdenken zu interdisziplinären Fallbetrachtungen – Abläufe, Strukturen und Schnittstellen optimieren)
Aufdecken lokaler Besonderheiten (Krankenhausstruktur und Umfeld)
Etablieren einer offenen Fehlerkultur (offene sachliche Diskussion mit allen Beteiligten, Förderung von kritischer Selbsteinschätzung)
Nachhaltigkeit des Verbesserungsprozesses
Kontrolle der Kennzahlen

Tabelle 3: Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens (Quelle: Kuhlen et al. 2010, S. 62)

Jedes einzelne Peer-Review-Verfahren läuft in folgenden drei Phasen ab:

- Phase 1 Selbstbewertung
- Phase 2 Fremdbewertung
- Phase 3 Bericht und Feedback

In der ersten Phase trifft das betroffene Krankenhaus alle organisatorischen Vorbereitungen und führt anhand der Analysekriterien zu jedem Fall eine Selbstbewertung durch. Die 2. Phase findet vor Ort statt, dauert in etwa 8 Stunden und beinhaltet die Fremdbewertung aller Fälle durch das Peer-Review-Team, den kollegialen Dialog mit den betroffenen Primarärztinnen und Primärärzten vor Ort sowie das Abschlussgespräch. Am Abschlussgespräch nehmen neben der ärztlichen Direktion Vertreterinnen und Vertreter des Krankenhausträgers und des Gesundheitsfonds teil. In der Phase 3 wird seitens des Peer-Review-Teams ein standardisiertes Protokoll erstellt und an alle Beteiligten übermittelt.

Nach Ablauf der Umsetzungsfrist des Maßnahmenplans wird im Maßnahmen-Monitoring ermittelt, ob und wie die vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt wurden (Näheres zum Monitoring im Kapitel 5).

Zur Weiterentwicklung des Verfahrens wird Feedback von allen Beteiligten eingeholt.

Die Analyse der Fälle im Peer-Review-Verfahren ist vielfältig und beinhaltet Diagnostik, Therapie, Leitlinien, Arbeitsweise sowie die Dokumentation in einer Abteilung (siehe Tabelle 4). Jede Krankengeschichte wird auf Basis der folgenden sieben Analysekriterien durchgesehen und einer der drei Kategorien zugewiesen:

- Kategorie 1: Verbesserungsmöglichkeit in Therapie/Diagnostik erkennbar
- Kategorie 2: Kodierung nicht richtig
- Kategorie 3: keine Auffälligkeiten

Die einzelnen Analyse Kriterien finden sich in der folgenden Tabelle.

Waren Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?
▪ präoperativ / intraoperativ / postoperativ
▪ diagnostische Maßnahme
▪ konservative Therapie / Interventionen
Wurde der Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?
▪ existieren Arbeitsdiagnosen
▪ Problemerkennung / Problemlösung zeitnah
Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?
▪ Schnittstellenprobleme
▪ Komplikationsmanagement
▪ Management Risikopatient
Wurden Behandlungsleitlinien / Standards berücksichtigt?
▪ Einhaltung von Leitlinien oder begründete Abweichung
▪ erkennbare sinnvolle Therapiestandards
Gab es Kontrollen der Behandlungsverläufe?
▪ durch behandelnde Ärzte der Abteilung
▪ ärztliche Übergaben
▪ Oberarzt- / Primararztvisiten
▪ Konsiliarärzte
▪ Kooperation Pflege / therapeutische Teams
War die interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?
▪ am Behandlungsprozess beteiligte Abteilungen
▪ präoperativ / postoperativ
▪ prä- / postinterventionell
▪ Intensivmedizin / Konsiliardienste
War die Dokumentation umfassend und schlüssig?
▪ Aufklärung zur OP / Intervention
▪ Behandlungsverlauf
▪ Therapieentscheidungen
▪ OP-Bericht und Verlegungsberichte
▪ Konsile
▪ Therapiebegrenzungen
▪ Arztbrief inhaltlich logisch

Tabelle 4: Analyse Kriterien

2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2016 / Vergleich Deutschland und Schweiz

In diesem Kapitel werden die Qualitätsindikatoren mit der Datenbasis 2014-2016 auf Bundesebene dargestellt. Zum Vergleich werden auch Werte für Deutschland und die Schweiz für das Jahr 2015 angegeben. In Kapitel 2.2 findet sich zum leichteren Verständnis ein Lesebeispiel.

2.1 Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung

Die Auswertungen der Qualitätsindikatoren werden auf Basis der aktuellen Version 5.0 auf Bundesebene präsentiert. Generell sei angemerkt, dass in den Auswertungen stationäre Aufenthalte (nicht behandelte Patientinnen und Patienten) gezählt werden. Weiters werden derzeit nur Ereignisse, die während des betrachteten Aufenthaltes auftreten, ausgewertet.

Die Beschreibung der jeweiligen Spalten wird in der folgenden Tabelle kurz zusammengefasst:

Spalte	Detail
Typ	Indikatortyp: T=Todesfälle, I=Intensivhäufigkeit, K=Komplikationen, M=Mengen, O=Operationstechnik, V=Versorgung, Z=Zusatzinformationen
ZW	Herkunft des Zielwerts: EW=Erwartungswert, BD=Bundesdurchschnitt, SE=Sentinel, BM=Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
Ergebnis in %	Bundesdurchschnitt Österreich des Jahres 2016
Zähler	Anzahl aller Aufenthalte des untersuchten Krankheitsbildes, auf die der dazu festgelegte Indikator zutrifft (z.B. Anzahl Todesfälle)
Nenner	Anzahl aller Aufenthalte des untersuchten Krankheitsbildes
KA Anzahl	Anzahl der KA-Standorte mit mindestens 1 Aufenthalt des untersuchten Krankheitsbildes
KA <10 Fälle	Anzahl der KA-Standorte mit 1-9 Aufenthalten des untersuchten Krankheitsbildes im Nenner
KA auff.	Anzahl der KA-Standorte mit statistisch signifikanter Zielbereichsüberschreitung
bisherige Schwerpunkte	Bundesweite abgeschlossene Schwerpunktthemen, in denen Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurden
A-IQI 2015	gesamt-österreichisches Ergebnis aus 2015
A-IQI 2014	gesamt-österreichisches Ergebnis aus 2014
G-IQI	Bundesdurchschnitt Deutschland des Jahres 2015
CH-IQI	Bundesdurchschnitt Schweiz des Jahres 2015

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren-Ergebnisse, Erklärung einzelne Spalten

Die Spalten „Ergebnis in %“, „Zähler“, „Nenner“, „KA Anzahl“, „KA <10 Fälle“ sowie „KA auff.“ werden mit Daten des Jahres 2016 dargestellt. Zusätzlich ist das gesamt-österreichische Ergebnis auch mit Datenbasis 2014 und 2015 dargestellt. In die Berechnung gehen grundsätzlich alle österreichischen Akutkrankenanstalten ein. Der deutsche Bundesdurchschnitt (G-IQI) und jener der Schweiz (CH-IQI)

basieren auf Daten des Jahres 2015 (G-IQI: Mansky et al. 2017; CH-IQI: BAG 2017). Im Falle der deutschen oder schweizerischen Bundesdurchschnitte bedeuten leere Tabellenspalten, dass hier keine Vergleichswerte verfügbar sind oder aufgrund abweichender Definitionen keine Vergleichbarkeit der Daten gegeben ist. Zudem werden bei Mengeninformatoren generell keine Vergleichswerte angegeben.

Leere Felder bedeuten grundsätzlich, dass in diesem Fall keine Daten vorhanden sind. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Werden keine Werte in den Spalten „Zähler“ und „Ergebnis in %“ dargestellt, handelt es sich bei dieser Kennzahl um eine Mengeninformatoren. Das Ergebnis dieser Indikatoren ist der Spalte „Nenner“ zu entnehmen.

Die Darstellung der Krankenanstalten mit weniger als 10 Aufenthalten, „KA <10 Fälle“, wurde gewählt, weil bei unter 10 Aufenthalten (im Nenner) der Algorithmus zur Ermittlung der statistisch signifikanten Zielbereichsüberschreitung nicht zur Anwendung kommt. Diese Information dient primär zur Interpretation und Einschätzung der Anzahl der statistisch signifikanten Auffälligkeiten.

Indikatoren mit Zielbereich sind blau hinterlegt, um eine bessere Übersicht zu erhalten. In der Spalte zu den statistisch signifikant auffälligen Krankenanstalten „KA auff.“ gibt es drei verschiedene Möglichkeiten der Darstellung:

- Kein Wert bedeutet, dass kein Zielbereich bei dieser Kennzahl hinterlegt ist.
- Ein Wert von 0 bedeutet, dass ein Zielbereich hinterlegt ist, jedoch keine Krankenanstalt statistisch signifikant vom Zielbereich abweicht.
- Ein Wert > 0 bedeutet, dass ein Zielbereich hinterlegt ist und zumindest eine Krankenanstalt statistisch signifikant vom Zielbereich abweicht.

Details zu allen einzelnen Qualitätsindikatoren sind in der „Indikatorenbeschreibung Version 5.0“ nachzulesen (Türk et al. 2017).

2.2 Lesebeispiel Qualitätsindikator

		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele	KA auff.
01 - Herzinfarkt			1	2	3	4	5	6	7
01.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	5,88%	1.043	17.727	136	29	9

		A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
		bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015
01 - Herzinfarkt		x	8	9	10	11
01.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle		6,72%	6,32%	8,50%	5,10%

Tabelle 6: Lesebeispiel Qualitätsindikator Herzinfarkt

Der Indikator „Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle“ bezieht sich auf Todesfälle (Typ=T). Als Zielwert ist der Erwartungswert hinterlegt ¹. Insgesamt wurden in Österreich im Jahr 2016 17.727 ⁴ Fälle mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt an 136 Krankenanstalten-Standorten ⁵ behandelt. Von diesen sind 1.043 ³ innerhalb des Krankenhausaufenthaltes verstorben. Der bundesweit tatsächlich gemessene Istwert betrug im Jahr 2016 5,88% ² (Zähler/Nenner). Der Bereich Herzinfarkt wurde bereits als Schwerpunkt bearbeitet. 29 ⁶ Krankenanstalten verzeichneten weniger als 10 Fälle mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt. 9 ⁷ Krankenanstalten liegen im Ergebnis in % ² im statistisch signifikant auffälligen Bereich. Der bundesweit tatsächlich gemessene Ist-Wert betrug im Jahr 2015 6,72% ⁸ und im Jahr 2014 6,32% ⁹. Im Vergleich dazu lag der deutsche Bundesdurchschnitt 2015 bei 8,50% ¹⁰ und jener der Schweiz bei 5,10% ¹¹.

2.3 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2016

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015
01 - Herzinfarkt												
								x				
01.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	5,88%	1.043	17.727	136	29	9	6,72%	6,32%	8,50%	5,10%
01.11	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,19%	16	732	86	62		2,10%	1,76%	2,40%	1,10%
01.12	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,15%	135	6.285	122	40	6	2,09%	2,53%	4,00%	1,80%
01.13	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,08%	520	8.554	132	33	7	7,51%	6,48%	9,20%	5,10%
01.14	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	17,25%	372	2.156	124	55	4	18,54%	18,62%	18,40%	16,50%
01.20	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK u./o. ohne Kor.OP.	V	44,48%	6.016	13.525	134	31		43,84%	42,13%		
01.31	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Direktaufnahmen ohne Transfer, Anteil Todesfälle	T	10,43%	934	8.952	127	39		11,54%	10,85%	10,20%	7,30%
01.32	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T	2,59%	109	4.202	117	45		2,71%	2,16%	7,50%	3,30%
01.41	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil n.n.b. akute Infarktformen	V	23,42%	4.139	17.673	136	30		25,96%	23,57%	1,90%	1,90%
01.42	Hauptdiagnose transmuraler Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	7,88%	419	5.314	123	38		9,81%	8,62%	11,50%	6,50%
01.43	Hauptdiagnose nichttransmurales Herzinfarkt / NSTEMI (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	2,73%	224	8.220	118	28		2,88%	2,51%	6,20%	3,40%
01.50	Zusatzdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	17,87%	965	5.399	140	49		18,72%	16,80%	20,00%	
02 - Herzinsuffizienz												
02.10	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	9,10%	2.404	26.418	145	14	14	10,20%	9,36%	8,50%	8,70%
02.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,43%	7	204	66	61		5,88%	1,86%	2,60%	3,50%
02.12	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,84%	81	2.110	121	53	4	4,64%	3,90%	3,40%	3,30%
02.13	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	7,20%	1.052	14.617	141	13	13	7,98%	7,15%	7,10%	7,00%
02.14	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	13,32%	1.264	9.487	139	16	11	14,98%	14,18%	13,50%	12,30%
03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter												
									x			
03.10	Linksherzkatheter mit Koronaragnostik/-intervention insgesamt (Alter > 19)	M	53.801		53.801	61	19		52.174	53.143		
03.20	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,93%	419	10.670	48	15	1	4,52%	4,15%	5,80%	2,80%
03.21	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,30%	12	522	32	12	2	2,20%	2,36%		
03.22	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,07%	90	4.347	38	7		2,36%	2,75%		
03.23	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	4,84%	248	5.129	48	15	1	5,81%	4,85%		
03.24	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	10,27%	69	672	34	10	2	10,96%	9,49%		
03.30	Diagnostischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,45%	133	29.766	54	18	4	0,45%	0,45%	1,14%	1,20%
03.31	Diagn. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	0,34%	97	28.819	54	19		0,36%	0,34%	0,93%	
03.40	Therapeutischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,80%	93	11.698	45	11	4	0,59%	0,64%	1,43%	0,90%
03.41	Therap. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	0,66%	75	11.441	42	8		0,54%	0,54%	1,06%	
03.51	Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Anteil diagnostischer Katheter	V	71,79%	29.766	41.464	56	19		71,33%	72,18%	66,30%	61,50%
03.52	Linksherzkatheter bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M	304		304	19	14		310	240		
04 - Herzrhythmusstörungen												
04.10	Hauptdiagnose Herzrhythmusstörungen	M	37.526		37.526	147	20		36.771	38.023		

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015	
05 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator													
05.10	Schrittmacherversorgung insgesamt	M	10.559	10.559	84	16			10.252	10.623			
05.11	Defibrillatoren ohne Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M	1.479	1.479	44	15			1.456	1.391			
05.12	Defibrillatoren mit Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M	931	931	31	9			869	894			
05.13	Herzschrittmacher Einkammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M	1.968	1.968	80	27			1.982	1.998			
05.14	Herzschrittmacher Zweikammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M	5.719	5.719	80	15			5.566	5.891			
05.15	Kard. Resynchronisationstherapie u. Kontraktilitätsmodulation (Implantationen / Wechsel)	M	479	479	34	20			400	471			
06 - Ablative Therapie													
06.10	Kathetergestützte ablativ Therapie	M	3.289	3.289	23	1			3.104	3.134			
06.20	Chirurgische ablativ Therapie	M	206	206	6	1			186	182			
06.30	Komplette elektrophysiologische Abklärungen	M	3.192	3.192	23	2			3.126	3.211			
07 - Operationen am Herzen													
07.10	Herzoperationen insgesamt	M	7.668	7.668	20	7		x	7.709	7.996			
07.11	Operationen der Herzklappen	M	4.223	4.223	16	3			4.230	4.309			
07.12	Operationen der Koronargefäße	M	3.473	3.473	11	1			3.687	4.000			
07.13	Andere Operationen am Herzen	M	1.332	1.332	15	6			1.265	1.216			
07.14	Kombinierte Herzoperationen	M	1.293	1.293	12	3			1.395	1.474			
07.15	Herzoperationen bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M	528	528	7	2			534	514			
07.16	Herzoperationen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	4,47%	319	7.140	20	7		4,43%	4,42%			
07.20	Isolierter chirurgischer Aortenklappenersatz ohne weitere Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,69%	16	947	10	1		2,48%	2,74%	2,40%	2,00%	
07.31	Kathetergestützte Implantationen einer Aortenklappe, Anteil Todesfälle	T	3,53%	33	934	12	2		4,28%	3,99%	4,30%	2,70%	
07.32	Kathetergestützte Implantationen einer Mitralklappe, Anteil Todesfälle	T	0,85%	1	118	8	1		2,50%	0,00%	3,90%	3,90%	
07.40	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	8,33%	32	384	11	2	2	7,09%	6,36%	5,90%	4,30%	
07.50	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,42%	51	2.107	11	2	2	1,99%	2,23%	2,20%	1,40%	
07.51	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 20-49, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,25%	1	80	9	5	1	0,96%	0,78%	1,40%	1,20%	
07.52	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 50-59, Anteil Todesfälle	T < (EW)	0,49%	2	406	9			1,23%	0,52%	0,60%	0,90%	
07.53	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,59%	18	696	10	1	2	1,37%	2,40%	1,50%	0,90%	
07.54	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,15%	25	794	11	2	1	1,93%	2,14%	2,90%	1,30%	
07.55	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe >= 80, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,82%	5	131	10	3		8,57%	6,59%	5,20%	5,30%	
07.60	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Beatmung > 2 Tage	K	28,52%	601	2.107	11	2		29,45%	30,95%			
07.70	Operationen nur an den Koronargefäßen (Alter > 19), Anteil mit Herzinfarkt	V	15,42%	384	2.491	11	1		15,48%	14,18%			
08 - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhaut													
08.10	Hauptdiagnose bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhäute	M	7.322	7.322	113	66			6.970	6.101			
08.20	Operationen am Gehirn bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	3,42%	21	614	13	2		1,94%	2,92%	2,50%	1,30%	
09 - Schlaganfall													
09.10	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	9,35%	2.406	25.730	143	21	11	x	9,50%	9,75%	8,60%	9,30%
09.11	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,08%	33	1.072	90	56	2		3,05%	3,88%	3,40%	3,70%
09.12	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	4,48%	250	5.583	127	63	6		4,42%	4,77%	4,00%	4,10%
09.13	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	8,13%	1.146	14.097	141	30	6		8,48%	8,96%	8,10%	9,00%
09.14	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	19,63%	977	4.978	136	44	6		19,62%	18,61%	16,40%	16,90%
09.21	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V	55,10%	14.177	25.730	143	21		56,48%	58,48%			
09.22	Stroke Unit, Anteil Nicht-Schlaganfälle auf Stroke Unit	V	20,53%	4.331	21.098	47	5		20,65%	19,90%			

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015
09 - Schlaganfall												
								x				
09.30	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,61%	1.367	20.693	137	22	9	6,95%	6,94%	6,40%	6,50%
09.31	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	0,45%	3	671	65	35	1	0,81%	0,65%		
09.32	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,05%	84	4.092	115	62	3	1,97%	1,96%		
09.33	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	5,26%	615	11.699	133	36	4	5,66%	5,81%		
09.34	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	15,72%	665	4.231	128	50	5	16,39%	15,61%		
09.35	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit systemischer Thrombolyse	V	11,23%	2.324	20.693	137	22		10,84%	9,96%	12,20%	9,70%
09.36	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit systemischer Thrombolyse, Anteil Todesfälle	T	8,52%	198	2.324	58	21		7,96%	8,66%	8,30%	9,90%
09.37	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Direktaufnahmen, Anteil Todesfälle	T	6,81%	1.247	18.305	135	27		7,23%	7,18%	6,30%	6,40%
09.38	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T	5,03%	120	2.388	103	58		4,83%	4,99%	7,20%	6,60%
09.40	Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	24,58%	846	3.442	133	64		23,59%	26,04%	22,30%	24,90%
09.50	Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	12,35%	192	1.555	115	75		11,02%	12,03%	14,20%	14,50%
09.61	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Schlaganfall n.n.b.	V	0,16%	40	25.730	143	21		0,22%	0,28%	1,50%	5,20%
09.62	Hauptdiagnose Schlaganfall nicht näher bezeichnet (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	2,50%	1	40	10	10		7,27%	9,72%	11,50%	7,80%
10 - Transitorisch ischämische Attacke (TIA)												
10.10	Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA), Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,19%	15	7.991	136	39	11	0,19%	0,13%	0,33%	0,10%
10.20	Hauptdiagnose TIA, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V	67,39%	5.385	7.991	136	39		69,37%	71,34%		
11 - Epilepsie												
11.10	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter > 19	M	10.848	10.848	135	36			10.616	10.825		
11.20	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter < 20	M	3.958	3.958	85	41			4.087	4.065		
12 - Multiple Sklerose												
12.10	Hauptdiagnose Multiple Sklerose	M	4.358	4.358	123	71			4.524	5.157		
13 - Lungenentzündung (Pneumonie)												
									x			
13.10	Pneumonie, Anteil Todesfälle	T < (EW)	12,18%	6.764	55.529	162	16	16	12,36%	11,75%		
13.11	Pneumonie, Altersgruppe < 20, Anteil Todesfälle	T < (EW)	0,70%	26	3.735	85	43	4	0,48%	0,40%		
13.12	Pneumonie, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,19%	94	2.947	138	61	4	2,69%	2,51%		
13.13	Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,99%	633	9.055	149	32	8	7,43%	6,81%		
13.14	Pneumonie, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	12,42%	3.261	26.246	155	15	17	12,68%	12,44%		
13.15	Pneumonie, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	20,30%	2.750	13.546	151	19	12	20,37%	20,01%		
13.20	Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle	T < (EW)	8,58%	3.025	35.241	150	15	17	9,03%	8,49%	11,50%	5,00%
13.21	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe < 20, Anteil Todesfälle	T < (EW)	0,40%	12	3.034	82	40	8	0,17%	0,29%	0,30%	0,30%
13.22	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,61%	31	1.923	124	54	7	1,14%	0,79%	1,60%	0,70%
13.23	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,61%	189	5.230	139	30	9	3,69%	3,62%	6,30%	2,30%
13.24	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	8,33%	1.342	16.120	142	14	10	9,00%	8,62%	13,00%	4,90%
13.25	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	16,24%	1.451	8.934	142	19	12	16,82%	16,87%	20,80%	9,50%
13.30	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter > 19, Anteil Todesfälle	T < (EW)	8,93%	2.572	28.799	147	18	15	9,49%	8,96%	10,00%	
13.31	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,33%	24	1.805	124	56	7	0,88%	0,65%	0,80%	
13.32	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,88%	132	4.577	135	29	7	2,86%	2,96%	3,30%	
13.33	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	7,71%	1.087	14.099	141	16	8	8,54%	7,81%	9,50%	
13.34	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	15,98%	1.329	8.318	139	22	8	16,52%	16,69%	18,10%	
13.40	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter < 20, Anteil Todesfälle	T	0,35%	9	2.545	81	39		0,21%	0,30%	0,30%	

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faeelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015	
14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)													
14.10	HD Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD, ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,86%	551	19.294	142	13	11		2,95%	2,83%	4,20%	3,90%
15 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)													
15.10	Resektionen von Lunge oder Bronchien, Anteil Todesfälle	T	1,66%	40	2.414	39	21		x	1,56%	1,37%	3,00%	1,80%
15.21	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	1,46%	20	1.374	23	8			1,49%	1,00%		
15.22	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	2,98%	41	1.374	23	8	2		3,74%	4,10%		
15.23	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Pneumektomien	O < (BD)	7,35%	101	1.374	23	8			8,15%	8,44%	7,30%	6,60%
15.31	Pneumektomien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	3,96%	4	101	14	10			7,34%	5,94%	10,30%	9,30%
15.32	Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,26%	16	1.273	23	8	1		0,98%	0,55%	2,70%	1,20%
15.33	Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Lobektomien	V	77,14%	982	1.273	23	8			74,13%	75,98%		
15.34	Teilresektionen der Lunge (ohne Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,03%	3	291	18	10	1		1,26%	0,76%		
15.35	Lobektomien der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,32%	13	982	22	9	2		0,88%	0,48%		
15.41	Resektionen von Lunge / Bronchien b. sek. bösartiger Neubildung der Lunge, Anteil Todesfälle	T	0,34%	1	296	28	18			0,00%	0,00%		
15.42	Resektionen von Lunge / Bronchien b. entzündlichen Erkrankungen d. Lunge, Anteil Todesfälle	T	5,36%	14	261	23	15			3,36%	4,26%		
15.50	Pleurektomie, Anteil Todesfälle	T	4,81%	23	478	34	23			6,98%	6,30%	8,10%	6,60%
15.51	Pleurektomie bei malignen Erkrankungen, Anteil Todesfälle	T	9,89%	9	91	20	15			22,00%	16,28%		
15.60	Pleuraempyem (ohne Wegtransferierungen), Anteil operative Versorgung	V	37,04%	250	675	89	73			39,53%	41,71%		
16 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen (Cholezystektomie)													
16.10	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil offene Operationen	O < (BD)	8,06%	1.405	17.433	126	11	16	x	8,49%	8,59%	6,90%	4,20%
16.20	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,55%	96	17.433	126	11	2		0,60%	0,61%	0,50%	0,10%
16.30	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	1,31%	228	17.433	126	11	9		1,25%	1,46%		
16.40	Laparoskopische Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,20%	32	16.028	125	10	26		0,26%	0,24%		
16.50	Lap. Cholezystektomien bei Gallenst. o. Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < (BD)	1,77%	284	16.028	125	10	12		1,70%	1,57%		
16.60	Lap. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger	K < (BD)	2,32%	380	16.407	125	10	16		2,47%	2,18%		
16.70	Lap. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil ERCP nach OP-Tag	K < (BD)	1,27%	203	16.028	125	10	13		1,12%	1,22%		
17 - Operation von Leisten-, Schenkel- und Nabelbrüchen (Herniotomie)													
17.10	Herniotomien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O	70,00%	19.427	27.753	134	10		x	70,34%	72,40%		
17.20	Herniotomien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,11%	31	27.753	134	10	27		0,09%	0,11%	0,12%	0,10%
17.30	Herniotomien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < (BD)	0,71%	196	27.753	134	10	17		0,70%	0,75%		
17.40	Herniotomien ohne Darmoperation bei Kindern	M	1,067		1.067	57	37			1.114	1.184		
17.50	Herniotomien mit Darmoperation, Anteil Todesfälle	T	4,93%	11	223	81	79			8,23%	7,87%	1,81%	3,40%
18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)													
18.10	Haupt- / Zusatzdiagnose Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	M	14,327		14.327	158	26		x	13,640	13,270		
18.20	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T < (BD)	6,55%	548	8.362	117	15	9		6,96%	6,23%	7,80%	4,50%
18.31	Kolonresektionen bei Karzinom ohne komplizierende Diagnose, Anteil Todesfälle	T < (BD)	3,54%	88	2.487	111	28	1		4,36%	3,66%	4,70%	2,90%
18.32	Kolonresektionen b. Karzinom o. kompl. Diagnose, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	10,57%	263	2.487	111	28	4		11,09%	10,14%		
18.33	Kolonresektionen bei Karzinom mit komplizierender Diagnose, Anteil Todesfälle	T	15,08%	54	358	93	90			14,45%	12,60%	13,00%	7,20%
18.41	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Todesfälle	T < (BD)	2,27%	23	1.015	98	59	2		1,87%	2,10%	3,90%	2,30%
18.42	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Rektumexstirpation	O	20,79%	211	1.015	98	59			23,01%	26,93%		

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015
18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)								x				
18.51	Kolorektale Res. b. Divertikel o. Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,08%	10	922	99	57		2,29%	1,88%	1,00%	0,10%
18.52	Kolorektale Res. b. Divertikel mit Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T	8,50%	87	1.023	105	61		8,78%	8,73%	5,50%	4,20%
18.53	Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Anteil Todesfälle	T	40,30%	81	201	67	63		45,79%	39,06%	44,70%	34,10%
18.54	Kolorektale Resektionen bei Colitis oder Crohn, Anteil Todesfälle	T	1,99%	8	402	70	61		2,24%	2,39%	3,20%	1,70%
18.55	Kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T	9,96%	198	1.988	108	42		9,45%	8,93%	8,70%	6,10%
18.60	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < (BD)	1,50%	158	10.502	116	13	8	1,58%	1,63%		
19 - Magenoperationen												
19.10	Hauptdiagnose Ulcus von Magen, Duodenum oder Jejunum (ohne Tumor), Anteil Todesfälle	T	2,77%	114	4.122	136	30		2,89%	2,44%	4,40%	3,40%
19.20	Magenresektionen insgesamt	M			1.325	94	41		1.339	1.381		
19.21	Magenresektionen ohne Ösophaguseingriff bei Magenkarzinom, Anteil Todesfälle	T	4,09%	27	660	87	60		6,91%	6,92%	7,50%	4,10%
19.22	Magenresektionen o.Ösophaguseingr.b.Magenkarzinom, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	13,18%	87	660	87	60	1	12,40%	14,92%		
19.23	Magenresektionen kombiniert mit komplexem Eingriff am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T	4,26%	2	47	17	17		9,30%	4,65%	10,00%	7,80%
19.24	Partielle und totale Magenresektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T	13,92%	86	618	85	64		15,17%	11,05%	8,00%	1,90%
19.30	Adipositaschirurgie, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,26%	8	3.020	44	6	5	0,04%	0,11%	0,15%	
19.31	Adipositaschirurgie, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	3,28%	99	3.020	44	6	3	3,14%	3,64%		
20 - Große Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus)												
20.10	Komplexe Eingriffe am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T	3,93%	14	356	49	36		3,63%	3,59%	9,40%	6,00%
21 - Große Operationen der Bauchspeicheldrüse (komplexe Eingriffe am Pankreas)												
21.10	Pankreasresektionen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	6,79%	68	1.002	67	35		8,01%	7,26%	9,90%	5,20%
21.11	Pankreasresektionen bei bösartiger Neubildung des Pankreas (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	4,64%	28	604	54	36		6,43%	6,70%	8,50%	4,60%
22 - Eingriffe an der Schilddrüse												
22.10	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,04%	3	8.388	99	21	3	0,05%	0,07%		
22.11	Resektionen der Schilddrüse bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	0,00%		940	74	43		0,00%	0,12%		
22.12	Resektionen der Schilddrüse bei gutartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	0,03%	2	7.375	98	21		0,04%	0,03%		
22.20	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Beatmung > 1 Tag	K	1,03%	86	8.388	99	21		1,03%	1,04%		
22.30	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < (BD)	0,91%	76	8.388	99	21	6	0,97%	0,76%		
22.40	Radiojodtherapien	M	1.299		1.299	11	3		1.292	1.411		
23 - Eingriffe an den Tonsillen												
23.10	Tonsillektomien und Tonsillotomien, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,00%		11.332	70	7		0,00%	0,01%		
24 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien								x				
24.10	Extrakranielle Gefäß-OP ohne Herz-/Gefäßoperation oder HNO-Tumor, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,68%	16	2.370	45	10	2	0,72%	0,49%	0,84%	0,40%
24.20	Perkutane Stentimpl. in extrakr. Gefäße ohne Herz-/Gefäß-OP / HNO-Tumor, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,69%	3	436	31	17		0,71%	1,87%	1,24%	3,60%
24.30	Extrakranielle Gefäßoperationen bei Herz-/Gefäßoperation oder HNO-Tumor	M	138		138	21	14		139	137		
24.40	Intrakranielle perkutan-transluminale Gefäßinterventionen	M	694		694	14	2		464	360		

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
	Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015
25 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)									x				
25.10	Eingriffe an der Aorta insgesamt	M	2,093		2.093	42	18			2.004	2.063		
25.20	Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene und endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< (BD) 2,97%	38	1.280	35	14			4,67%	2,44%		
25.21	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< (BD) 3,52%	9	256	22	12			6,32%	3,73%	7,40%	3,90%
25.22	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< (BD) 2,46%	13	529	31	14	1		2,98%	1,75%	1,70%	0,70%
25.23	Thorak. / thorakoabd. Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Eingr., Anteil Todesfälle	T	< (BD) 3,79%	21	554	18	7			5,75%	2,24%		
25.30	Aortendissektion, Anteil Todesfälle	T	12,77%	118	924	110	87			14,93%	11,28%		
25.40	Aortenaneurysma rupturiert, Anteil Todesfälle	T	34,39%	152	442	95	81			32,86%	37,28%	39,40%	40,90%
25.41	Aortenaneurysma rupturiert mit Operation, Anteil Todesfälle	T	29,66%	43	145	27	22			26,09%	31,72%	33,30%	27,30%
26 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien									x				
26.11	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Todesfälle	T	< (BD) 3,14%	123	3.914	61	15	4		2,82%	3,23%	6,00%	3,80%
26.12	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil mit Amputation untere Extremität	V	3,01%	118	3.914	61	15			2,95%	3,00%		
27 - Amputationen									x				
27.10	Amputationen im Fußbereich, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T	4,47%	49	1.095	114	82			3,62%	3,95%	3,60%	3,00%
27.21	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T	< (BD) 14,37%	225	1.566	108	61	5		13,70%	12,71%	17,30%	11,60%
27.22	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil mit Becken-Bein-OP oder PTA	V	17,56%	275	1.566	108	61			15,59%	14,81%		
28 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA, stationär)									x				
28.10	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil Todesfälle	T	< (BD) 1,18%	146	12.382	78	21	5		1,20%	1,29%		
28.11	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil mit Becken-Bein-OP	V	6,51%	806	12.382	78	21			5,95%	5,87%		
28.12	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA u. Stent, o. Aorta), Anteil m. Amputation unt. Extremität	V	1,62%	201	12.382	78	21			1,37%	1,18%		
29 - Geburten													
29.10	Geburten, Anteil Todesfälle der Mutter	T	= (SE) 0,00%	4	86.416	83	1	4		0,00%	0,01%	0,01%	
29.20	Vaginale Geburten, Anteil Dammriss 3. und 4. Grades	K	1,94%	1.183	60.847	82				1,73%	1,66%	2,00%	2,90%
29.30	Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectorate)	O	29,60%	25.581	86.416	83	1			29,37%	29,73%	31,40%	33,10%
29.31	Geburten, Anteil Kaiserschnitte bei risikoarmer Geburt	O	20,93%	13.609	65.012	83	1			21,22%	21,24%	26,00%	27,80%
29.32	Geburten, Anteil Kaiserschnitte bei risikoarmer Geburt, Alter < 35	O	18,76%	9.641	51.398	82				19,22%	19,26%	24,50%	25,00%
29.33	Geburten, Anteil Kaiserschnitte bei risikoarmer Geburt, Alter >= 35	O	29,15%	3.968	13.614	83	2			29,08%	29,29%	31,20%	35,60%
30 - Stationär aufgenommene Neugeborene													
30.10	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter	M	5.697		5.697	51	6			5.606	5.668		
30.11	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter, Zutransferierungen	M	465		465	41	24			423	459		
30.12	Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht oder extremer Unreife	M	570		570	33	19			617	588		
31 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)									x				
31.10	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil Todesfälle	T	= (SE) 0,01%	1	7.194	98	11	1		0,04%	0,04%	0,04%	0,00%
31.21	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (o. suprazerv. OP), Anteil abdominale Operationen	O	< (BD) 18,01%	1.188	6.595	98	11	14		20,85%	21,88%		
31.22	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne Plastik), Anteil abdominale Operationen	O	< (BD) 23,30%	1.165	5.000	96	9	15		26,10%	27,00%		
31.23	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne Plastik), Anteil lap. Operationen	O	50,26%	2.513	5.000	96	9			45,47%	43,08%		
31.24	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne Plastik), Anteil vaginale Operationen	O	26,46%	1.323	5.000	96	9			28,49%	29,98%		

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
	Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015
32 - Entfernung von Ovarien und/oder Gebärmutter bei bösartiger Neubildung													
32.10	Ovariectomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	1,52%	9	592	73	50			0,85%	1,76%	2,90%	
32.20	Hysterektomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	0,32%	4	1.268	86	38			0,52%	0,69%	0,68%	
33 - Eingriffe an der Brust													
33.10	Eingriffe an der Brust (Mammaresektionen und -plastiken)	M	14.619		14.619	120	26			13.856	14.359		
33.11	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil nicht-brusterhaltend	O	25,06%	1.897	7.571	94	18			25,18%	25,54%	29,60%	23,90%
34 - Hüftgelenkersatz													
34.10	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,09%	16	16.854	110	10	16		0,07%	0,11%	0,16%	0,10%
34.20	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Schenkelhals- u. pertroch. Fraktur, Anteil Todesfälle	T	4,21%	191	4.536	110	34			4,32%	3,36%	5,94%	4,10%
34.30	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T	2,17%	13	598	94	71			1,61%	1,37%	4,94%	3,00%
34.40	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	1,14%	192	16.854	110	10	10		1,13%	1,31%	2,21%	
35 - Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese													
35.10	Hüft-Endoprothesen-Wechsel insgesamt, Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,80%	42	2.333	100	34	4		1,56%	1,15%		
35.11	Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,63%	9	1.418	98	55	3		0,57%	0,80%	1,01%	0,60%
35.12	Hüft-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion, Anteil Todesfälle	T < (BD)	4,02%	27	671	83	58	1		3,80%		3,90%	2,10%
35.21	Hüft-Endoprothesen-Wechsel insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion	V	15,13%	353	2.333	100	34			12,27%	0,00%		
35.22	Hüft-Endoprothesen-Wechsel insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V	8,19%	191	2.333	100	34			8,87%	0,00%		
35.23	Hüft-Endoprothesen-Wechsel insgesamt, Anteil Revisionsgrund Fraktur	V	18,26%	426	2.333	100	34			16,02%	0,00%		
35.24	Hüft-Endoprothesen-Wechsel insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V	3,21%	75	2.333	100	34			2,86%	0,00%		
36 - Kniegelenkersatz													
36.10	Knie-Endoprothesen-Erstimpl. b. Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,05%	9	18.920	105	6	9		0,06%	0,04%	0,09%	0,00%
36.20	Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,00%		523	82	63			0,00%	0,19%	0,39%	0,20%
37 - Wechsel einer Kniegelenkendoprothese													
37.10	Knie-Endoprothesen-Wechsel insgesamt, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,35%	5	1.409	94	48	4		0,21%	0,00%		
38 - Hüft- oder Kniegelenkersatz Spezialfälle													
38.10	Hüft- oder Knie-Endoprothese bei Tumor, Anteil Todesfälle	T	5,22%	24	460	80	68			6,25%	9,03%	6,64%	5,60%
38.20	Hüft- und Knie-Endoprothese kombiniert, Anteil Todesfälle	T	8,00%	2	25	16	16			0,00%	0,00%	5,73%	5,90%
40 - Operationen der Wirbelsäule													
40.10	Operationen an der Wirbelsäule insgesamt	M	21.075		21.075	92	17			20.296	20.048		
40.11	Operationen an der Wirbelsäule (ohne Unfall/Tumor), Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,09%	17	18.289	72	16	13		0,11%	0,13%		
41 - Schwere Mehrfachverletzungen													
41.10	Schwere Mehrfachverletzungen	M	1.780		1.780	108	68			1.763	1.688		

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015
42 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)								x				
42.10	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,78%	5	644	47	21	1	1,32%	0,92%	2,10%	
42.20	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,50%	4	798	47	19	4	0,25%	0,25%	0,49%	
42.30	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O	46,37%	370	798	47	19		47,53%	54,12%	75,70%	
42.40	Nephrektomien u. part. Nephrektomien b. bösart. Neub. d. Niere, Anteil totale Nephrektomien	O	44,66%	644	1.442	52	16		43,36%	45,13%	62,00%	
42.50	Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T	2,52%	14	556	50	27		2,11%	2,94%	4,30%	
42.60	Partielle Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T	0,00%		197	40	33		0,00%	0,38%	0,81%	
42.70	Nephrektomien und partielle Nephrektomien, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	5,92%	130	2.195	58	19	2	6,03%	6,63%		
43 - Eingriffe an der Harnblase									x			
43.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,37%	31	8.376	67	11	2	0,56%	0,46%		
43.11	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase bei Malignom	M	7.627		7.627	65	11		7.428	7.310		
43.12	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	0,82%	69	8.376	67	11	3	1,07%	0,94%		
43.20	Zystektomien, Anteil Todesfälle	T < (BD)	2,50%	11	440	42	24	2	2,40%	3,15%	4,90%	4,40%
43.30	Zystektomien, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	16,36%	72	440	42	24		17,43%	18,69%		
44 - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)									x			
44.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,20%	13	6.431	61	8	8	0,14%	0,27%		0,10%
44.20	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei bösartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T	0,64%	7	1.089	54	18		0,57%	0,97%	0,96%	
44.30	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei gutartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T	0,11%	6	5.342	61	8		0,06%	0,13%	0,20%	
44.40	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	0,34%	22	6.431	61	8	4	0,33%	0,45%		
45 - Radikalentfernung der Prostata									x			
45.10	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,04%	1	2.741	50	9	1	0,04%	0,04%	0,18%	
45.20	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil offene Operationen	O	47,94%	1.314	2.741	50	9		51,96%	56,04%		
45.30	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	1,35%	37	2.741	50	9	5	1,20%	1,20%		
46 - Nierensteine									x			
46.10	Hauptdiagnose Nierensteine	M	20.100		20.100	127	27		20.016	19.092		
46.20	Hauptdiagnose Nierensteine, Anteil Interventionen zur Steinentfernung	V	49,72%	9.994	20.100	127	27		49,11%	49,17%	52,30%	47,70%
47 - Hautkrankheiten												
47.10	Hauptdiagnose Dermatitis und Ekzem	M	3.616		3.616	131	89		3.591	3.582		
47.20	Hauptdiagnose Psoriasis	M	1.198		1.198	83	57		1.168	1.252		
49 - Transplantationen												
49.10	Herz-Lungen-Transplantationen	M	0						0	0		
49.20	Herztransplantationen	M	61		61	3	1		67	65		
49.30	Lungentransplantationen	M	103		103	2	1		133	131		
49.40	Lebertransplantationen	M	151		151	3			139	133		
49.50	Pankreastransplantationen	M	26		26	3	2		26	20		
49.60	Nierentransplantationen	M	425		425	4			416	429		
49.70	Stammzelltransplantationen autolog	M	337		337	14	5		303	262		
49.80	Stammzelltransplantationen allogene	M	200		200	5			175	179		

		A-IQI 2016							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige Schwerpunkte	Ö 2015	Ö 2014	D 2015	CH 2015
50 - Kurze Intensivverweildauer												
50.10	Lap. Cholezystektomien bei Gallenst. o. Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I	2,07%	332	16.028	125	10		1,71%	2,01%		
50.20	Herniotomien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I	1,35%	374	27.753	134	10		1,16%	1,12%		
50.30	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I	1,53%	161	10.502	116	13		1,26%	1,28%		
50.40	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I	2,53%	212	8.388	99	21		2,45%	2,27%		
51 - Sentinel												
51.10	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	159	234.087	160	11	11	0,07%	0,07%		
52 - Verlegungsraten*												
52.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Verlegungen	V	37,40%	6.239	16.684	134	29		36,64%	36,12%		
52.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Verlegungen	V	4,06%	976	24.014	142	11		3,84%	4,13%		
52.12	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Verlegungen	V	33,52%	3.436	10.251	48	15		32,26%	30,09%		
52.13	Diagnostischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Verlegungen	V	6,66%	1.975	29.633	54	18		5,84%	5,89%		
52.14	Isolierter chirurgischer Aortenklappenersatz ohne weitere Herzoperation, Anteil Verlegungen	V	20,95%	195	931	10	1		21,61%	24,30%		
52.15	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Verlegungen	V	20,17%	71	352	11	2		23,71%	26,36%		
52.16	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Verlegungen	V	25,68%	528	2.056	11	2		23,28%	21,98%		
52.17	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Verlegungen	V	21,82%	5.089	23.324	143	25		20,69%	20,11%		
52.18	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Verlegungen	V	18,58%	3.591	19.326	135	23		17,77%	17,04%		
52.19	Hauptdiagnose Pneumonie o. Zutransfer/Tumor/Mukovisz., Alter > 19, Anteil Verlegungen	V	3,69%	968	26.227	147	18		3,34%	3,31%		
52.20	HD Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD, o. Tumor, Alter > 19), Anteil Verlegungen	V	3,41%	639	18.743	142	14		3,45%	3,58%		
52.21	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Verlegungen	V	4,12%	322	7.814	117	16		4,25%	4,37%		
52.22	Abdominales Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Eingr., Anteil Verlegungen	V	5,24%	40	763	33	13		5,68%	4,99%		
52.23	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Verlegungen	V	5,20%	197	3.791	61	15		5,70%	5,40%		
52.24	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Verlegungen	V	5,90%	993	16.838	110	10		5,46%	5,53%		
53 - Mindestmengen												
53.10	Ösophaguschirurgie	M	> (BM)	217	217	32	24	24	209	217		
53.20	Eingriffe am Pankreas	M	> (BM)	942	942	62	33	33	838	881		
53.30	Adipositaschirurgie	M	> (BM)	2.951	2.951	43	7	11	2.750	2.506		
53.40	Carotis-Eingriffe	M	> (BM)	2.458	2.458	46	11	15	2.433	2.741		
54 - Zusatzinformationen												
54.30	Anteil der dargestellten Todesfälle in den A-IQI Sterblichkeitsindikatoren (ohne Psychiatrie)	Z	49,27%	19.099	38.767	153	13		50,65%	46,29%	58,60%	
54.51	Sterblichkeit in den A-IQI Sterblichkeitsindikatoren (ohne Psychiatrie)	Z	3,67%	19.099	521.081	166	4		3,92%	3,50%	4,90%	

* Unter "Verlegungen" sind Aufenthalte zu verstehen, bei denen die Entlassung aufgrund einer Transferierung in eine andere KA erfolgte

3 Peer-Review-Ergebnisse 2017

Auf Basis der Daten 2016 fanden von Jänner bis Oktober 2017 33 Peer-Review-Verfahren zu folgenden Jahresschwerpunkten statt:

- Operationen an der Lunge: 5
- Kolorektale Operationen: 11
- Intensivmedizin und Beatmung: 17

Zusätzlich fanden im Zeitraum von September bis Dezember 2017 3 freiwillige Verfahren zu den Themen COPD, Pneumonie und Cholezystektomie (ERCP) statt.

Die Ergebnisse der einzelnen Verfahren werden je Schwerpunkt präsentiert.

Die Darstellung der Verbesserungsmöglichkeiten aus den Peer-Review-Verfahren erfolgt anhand der vier Kategorien: Strukturen, Prozesse, medizinische Themen und Dokumentation. Abschließend werden die Feedback-Ergebnisse der Krankenanstalten und der Peer-Review-Teams dargestellt.

3.1 Operationen an der Lunge

Zum Schwerpunktthema Operationen an der Lunge fanden 5 Verfahren statt, in denen 78 Einzelfälle analysiert wurden. In 22% der Fälle wurde Verbesserungspotential geortet.

Verbesserungsmöglichkeiten Operationen an der Lunge
Verbesserungsmöglichkeiten Strukturen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtung einer IMCU ▪ Einführung einer semiautomatischen Anästhesieprotokollierung
Verbesserungsmöglichkeiten Prozesse
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standardisierung der Übergabemodalitäten ▪ Stringentere Intensivkoordination oder Schaffung von erweiterten Intensivbettenkapazitäten aufgrund von Ressourcenengpässen und somit Operations-Verzögerungen
Verbesserungsmöglichkeiten medizinische Themen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Präoperative Optimierung des Ernährungszustandes bei Tumor-Patientinnen und Patienten ▪ Multidisziplinäre, präoperative Risikoevaluierung in nachweislicher Form ▪ Vermehrt VATS (Video-assistierte thorakoskopische Chirurgie, auch bezüglich vermehrter Rethorakotomien) ▪ Erarbeitung von SOPs

Verbesserungsmöglichkeiten Operationen an der Lunge

- postoperatives Management z.B. Intubation postoperativ, ICU Aufenthaltsdauer, Notwendigkeit des zentralen Venenkatheters und Dauerkatheters, Häufigkeit des postoperativen Röntgens, Zeitpunkt für Drain-Entfernung
- Schmerzmanagement
- Antibiotikamanagement
- Mindestfrequenz der Beurteilung des Schmerzempfindens der Patientinnen und Patienten mittels VAS oder NRS Skala an Frequenz der Analgetikagabe anpassen

Verbesserungsmöglichkeiten Dokumentation

- Vereinfachung des Dokumentenmanagements, um eine lückenlose Verfügbarkeit von Fremdbefunden zu gewährleisten
- Durchgängige Ablage der Vorbefunde aus Privatordinationen in der Krankengeschichte
- Zeitgerechte Aufklärung und Einwilligung
- Korrekte Dokumentation der Aufklärung (personenbezogen, Seite der OP, ausreichend handschriftliche Zusatzbemerkungen)
- Korrekte Dokumentation im Operations-Bericht wird in folgenden Bereichen gefordert:
 - OP Assistenzen
 - Indikation am besten mit Tumorboard-Empfehlung, Lungenfunktion
 - Konkludenter Lymphknotenstatus intraoperativ/postoperativ
- Dokumentation, die eine Nachvollziehbarkeit der getätigten diagnostischen und therapeutischen Überlegungen zulässt (AN/INT, TCH)
- Zusammenfassender Intensivbericht für die weiterbehandelnde Station mit klaren Aussagen zu den durchgeführten Maßnahmen und Empfehlungen für die weitere stationäre Behandlung
- Systematischere Konsistenz in der Fieberkurvenführung
 - Paraphierung ärztl. Anordnungen, Abzeichnen von Verschreibungen
 - Festhalten genauer Zeiten bei Anordnung von zeitkritischen Medikamenten
- Systematische Erwähnung postoperativer Komplikationen im Entlassungsbrief

Tabelle 7: Verbesserungsmöglichkeiten Operationen an der Lunge

3.2 Kolorektale Operationen

Zum Schwerpunktthema kolorektale Operationen fanden 11 Verfahren statt. Insgesamt wurden 184 Einzelfälle analysiert. In 30% der Fälle wurde Verbesserungspotential geortet.

Verbesserungsmöglichkeiten kolorektale Operationen

Verbesserungsmöglichkeiten Strukturen

- Schaffung von ausreichend Ressourcen für notwendige operative Akutinterventionen (im Nachtdienst)

Verbesserungsmöglichkeiten kolorektale Operationen

- Perioperative Betreuung der „alten Patientinnen und Patienten“ als große Herausforderung. Abgestufte Versorgungsmöglichkeit (ICU – IMCU – Normalstation) essentiell. Häufig Engpass bei IMCU
- Einrichtung eines Medical Emergency Teams
- Etablierung von Ethischen Konsilien
- Anwendung automatischer Narkoseprotokolle

Verbesserungsmöglichkeiten Prozesse

- Optimierung des interdisziplinären präoperativen Schnittstellenmanagements
- Prinzipielle prätherapeutische Vorstellung aller elektiven Patientinnen und Patienten mit onkologischer Indikation im interdisziplinären Tumorboard
- Die Indikation zu einer intraoperativen Operations-Ausweitung sollte insbesondere bei Risikopatientinnen und -patienten innerhalb des Operations-Teams ausführlich diskutiert werden (dokumentieren und begründen)
- Die Festlegung des Diagnose- /Therapiealgorithmus obliegt letztverantwortlich der klinischen Hauptbehandlerin oder dem klinischen Hauptbehandler, die Diagnosepfade sollten klar interdisziplinär mit der Radiologie festgelegt werden.
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den kooperierenden Krankenhäusern, Einführung von Übergabeprotokollen
- Verbesserung der Kommunikation zwischen beteiligten Disziplinen mit gemeinsamer Entscheidungsfindung und deren Dokumentation
- Verbesserung der Übergabe von Befunden bei Akutpatientinnen und Patienten (z.B. RÖ-CH)
- Sorgfältige Anwendung der Sicherheits-Cecks und Ausfüllen der Operation-Sicherheits-Checkliste.
- Intensivierung der Kooperation mit der Palliativstation

Verbesserungsmöglichkeiten medizinische Themen

- Erstellung von SOPs zu den Themen: Gerinnungsmedikation, Schmerzmedikation, Magenschutzmedikation, Notfälle und Komplikationen
- Durchführung einer leitliniengerechten Thromboseprophylaxe
- Durchführung einer am Leistungsspektrum der Abteilung adaptierten Fortbildungsveranstaltung zu perioperativem Gerinnungsmanagement und Thromboseprophylaxe
- Überdenken des therapeutisch/diagnostischen Regimes bei persistierender abdominaler Sepsis
- Bei Hochrisikopatientinnen und -patienten soll ein kleinerer operativer Eingriff vs. einer kurativen Operation mit der Gefahr einer Komplikation evaluiert werden. Dies betrifft vor allem Patientinnen und Patienten in einer Akutsituation.
- Kontrolle der Behandlungsabläufe und Dokumentation
- Raschere therapeutische Reaktion auf Komplikationen
- Bei der Diagnose Ileus sollte der Einsatz einer endoskopischen intestinalen Dekompression zeitlich begrenzt werden.
- Erstellung eines klar nachvollziehbaren Algorithmus für Obduktionsanweisungen bei postoperativ Verstorbenen inkl. Dokumentation bei Nichtdurchführung

Verbesserungsmöglichkeiten kolorektale Operationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Änderung der Liegedauer bei Epiduralkathetern
Verbesserungsmöglichkeiten Dokumentation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Aufklärungsblatt der chirurgischen Abteilung sollte „mit Leben erfüllt werden“. Die Tiefe der Aufklärung sollte auch im Nachhinein klar nachvollziehbar sein. ▪ Die Verfassung wichtiger Dokumente (Operations-Bericht, Arztbrief für komplexe Fälle) sollte hinsichtlich Strukturiertheit und im Hinblick auf forensische Belange diskutiert werden. ▪ Implementierung der Tumorboard-Ergebnisse und des Therapieplans in den Operations-Bericht und in den Entlassungsbrief ▪ Die Verbesserung der Patientenübergabedokumentation zwischen einzelnen Abteilungen inklusive zeitlicher Erfassung wird empfohlen. ▪ Verbesserung von chirurgischen Dekursen auf der Normalstation und bei Patientinnen und Patienten, die an nicht-chirurgischen Abteilungen stationär sind hinsichtlich Therapiezielen, Klarheit und Nachvollziehbarkeit ▪ Schulung und Erstellung einer Checkliste für die Archivkraft

Tabelle 8: Verbesserungsmöglichkeiten kolorektale OP

3.3 Intensivbetreuung und Beatmung

Zum Schwerpunktthema Intensivbetreuung und Beatmung wurden 17 Verfahren mit 256 Einzelfällen durchgeführt. In 46% der Fälle wurde Verbesserungspotential geortet. Zusätzlich erfolgte eine retrospektive Bewertung des SAPS3, End-of-life-Entscheidungen und mehrerer strukturierter Behandlungskonzepte im Bereich Intensivmedizin. Diese Zusatzbewertungen zeigten, dass der SAPS3, der für die Berechnung der erwarteten Mortalität herangezogen wird und bei jeder Aufnahme auf einer Intensivstation verpflichtend zu erfassen ist, mangelhaft dokumentiert wird. Die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbewertung lag bei 18%.

Verbesserungsmöglichkeiten Intensivbetreuung und Beatmung

Verbesserungsmöglichkeiten Strukturen

- Bauliche Struktur der Intensivstation überdenken (Betten in unterschiedlichen Stockwerken, ggf. Verlassen einer Station notwendig)
- Re-Evaluierung der intensivmedizinischen Bettenkapazitäten (auch hinsichtlich abgestufter Versorgung ICU, IMCU, Normalstation)
- Schaffung einer anästhesiologisch geführten IMCU (Kapazitäten, abgestufte Versorgung ICU-IMCU-Normalstation)
- Aufbau eines Intensivteams
- Umstrukturierung der medizinischen Verantwortlichkeit (Führung ICU/IMCU durch AN und IM)
- Medical Emergency Team einrichten bzw. evaluieren und umsetzen (siehe auch Modified Early Warning Systems in Prozesse)
- Einsatz eines erweiterten hämodynamischen Monitorings bei kritischen Fällen
- Etablierung bzw. Intensivierung von Ethikkonsilen
- Erweiterung der elektronischen KG mittels PDMS für die ICU
- Etablierung einer neurologischen und psychiatrischen Konsiliarversorgung
- CTs für stark übergewichtige Menschen aufstellen (Large-Bore-CTs)
- Kapazitäten für Obduktionen zur Verfügung stellen (siehe auch Durchführung von Obduktionen bei unklaren Fällen in Medizinische Themen)

Verbesserungsmöglichkeiten Prozesse

- Verbesserung der Belegungs- und Verlegungsstrategien
- Einführung eines Modified Early Warning Systems (Identifikation der Risikopatientinnen und Patienten außerhalb der ICU und rechtzeitige/adäquate Behandlung)
- Neuorganisation der Notfallaufnahme und des notärztlichen Einsatzplanes
- Zeitmanagement der therapeutischen und diagnostischen Intervention der kritischen klinischen Situation anpassen
- Durchgängigkeit eines stabilen Komplikationsmanagements interprofessionell und interdisziplinär sichern
- Durchführung von interdisziplinären Visiten
- Durchführung von multiprofessionellen Team-Visiten (z.B. Festlegung von Tageszielen, End-of-life Entscheidungen)
- Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den Spitälern bei bestehenden Versorgungsregelungen (z.B. Transferierungsregeln)
- Optimierung der Schnittstellen zwischen den Abteilungen (z.B. bei chirurgischen Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation)
- Raschere Erstellung von bakteriologischen Befunden
- Strukturierte Vorgehensweise bei End-of-life Entscheidungen (Intensiv- und Normalstationen) inkl. nachvollziehbarer Dokumentation
- Angehörigengespräche gemeinsam mit dem Pflegepersonal durchführen (Informationsfluss) und diese in der Krankengeschichte dokumentieren

Verbesserungsmöglichkeiten medizinische Themen

- Tägliche Festlegung von Tageszielen

Verbesserungsmöglichkeiten Intensivbetreuung und Beatmung

- Erarbeitung von SOPs zu folgenden Themen:
 - Einsatz invasiver Verfahren (z.B. Kühlung nach CPR)
 - Beatmung und Weaning (insbesondere für komplexe Fälle)
 - Patient Blood Management (inklusive Grenzen)
 - Mikrobiologische Diagnostik
 - Antibiotikatherapie insbesondere für septische Patientinnen und Patienten (Installierung eines Verantwortlichen für Mikrobiologie/Antibiose etc.)
 - Gerinnungsmanagement
 - Tracheotomie
- Stärkere Nutzung von Scores (CAM-ICU, RASS,...)
- Erarbeitung klarer Schemata für zielgerichtete medikamentöse Therapien, die vom Pflegepersonal durchgeführt werden (Insulin-, Katecholamin-, Sedierungsperfusor)
- Vollständige Anamneseerhebung und Dokumentation auf der Unfallchirurgie
- Durchführung von Obduktionen bei unklaren Fällen unter anderem zur Qualitätssicherung (bzw. nachvollziehbare Dokumentation bei Nicht-Durchführung)

Verbesserungsmöglichkeiten Dokumentation

- Verbesserung der Dokumentation hinsichtlich Diagnose, Therapiezielen, Indikationsstellung bzw. Vorenthalten von Therapien, Klarheit und Nachvollziehbarkeit
- Dokumentation interdisziplinärer Besprechungen
- Verbesserung der Übersichtlichkeit bei elektronisch verfügbaren Befunden
- Verbesserung der Dokumentation bzgl. Vorliegen einer Patientenverfügung
- Erstellung von Arztbriefen auch bei verstorbenen Patientinnen und Patienten
- Verbesserung der Obduktionsbefunde
- Schulung für LKF-Kodierung und SAPS3-Scoring an der Abteilung

Tabelle 9: Verbesserungsmöglichkeiten Intensivbetreuung und Beatmung

3.4 Feedbackergebnisse der Peer Review Verfahren

In A-IQI gibt es jeweils einen standardisierten Fragenbogen für die Krankenhäuser und die Peer-Review-Teams. Diese dienen nicht nur der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Verfahren, sondern können ebenso Anstoß zur Weiterentwicklung von Indikatoren sein. Die dargestellten Feedbackergebnisse beziehen sich auf die 33 durchgeführten Peer-Review-Verfahren von Jänner bis Oktober 2017.

Der „Feedbackfragebogen Krankenhaus“ wird jeweils nach Fertigstellung und Versand des Peer-Review-Protokolls an die ärztliche Direktion übermittelt. Der 3-seitige Fragebogen beinhaltet insgesamt 19 Fragen in den 4 Kategorien Organisation des Verfahrens, Durchführung des kollegialen Dialogs/Abschlussgespräches, Atmosphäre und Ergebnis. Zu jeder Frage gibt es eine Antwortmöglichkeit von 1-5 nach Schulnotensystem.

Die Rücklaufquote betrug 88% (31 von 33, Vorjahr 95%). Insgesamt ist das Feedback sehr positiv. Bei einer Bewertungsmöglichkeit von 1-5 liegt die schlechteste durchschnittliche Bewertung bei 1,6. Bei den meisten Fragen konnte im Vergleich zum Vorjahr eine Verbesserung erzielt werden.

Die inhaltlich wesentlichen Fragen wurden wie folgt bewertet:

- Waren die Anforderungen bzw. Aufgaben Ihrer Abteilung eindeutig dargestellt? 1,2 (Vorjahr 1,4)
- Hatten sich aus Ihrer Sicht die Peers umfassend und intensiv mit den Fällen beschäftigt? 1,1 (Vorjahr 1,4)
- Hat sich das Peer-Review-Team kollegial und kooperativ präsentiert? 1,1 (Vorjahr 1,2)
- War die Analyse für Sie bzw. Ihre Abteilung hilfreich? 1,3 (Vorjahr 1,4)
- Sind die dargestellten Vorschläge zur Optimierung für Sie umsetzbar? 1,6 (Vorjahr 1,4)

Der „Fragebogen Teamleitung“ wird nach dem Peer-Review-Verfahren an das BMASGK übermittelt. Der 1-seitige Fragebogen umfasst insgesamt 11 Fragen zu den 4 Kategorien Organisation und Vorbereitungen vor Ort, Durchführung des kollegialen Dialogs/Abschlussgesprächs, Akzeptanz des Verfahrens und Ergebnis. Weiters gibt es die Möglichkeit, Besonderheiten und Anregungen anzugeben.

Die Rücklaufquote betrug 94% (29 von 33, Vorjahr 100%). Bei den 2 zentralen Fragen im Fragebogen konnte eine Verbesserung des Ergebnisses aus dem Vorjahr erzielt werden. Sie wurden wie folgt beurteilt:

- Wie schätzen Sie die Akzeptanz des besuchten Krankenhauses in Bezug auf das Peer-Review-Verfahren allgemein ein (1=sehr hoch, 5=keine)? 1,4 (Vorjahr 1,5)
- Wie ist das Peer-Review-Verfahren aus Ihrer Sicht gelungen (1=alles optimal gelaufen, 5=es ist nicht gelungen)? 1,2 (Vorjahr 1,3)

4 Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen aus den Peer-Review-Verfahren 2013-2016

Jährlich findet im Herbst ein Peer Review Follow-Up statt. Dort werden aktuelle nationale und internationale Themen aus IQI vorgestellt und die Ergebnisse aus den gelaufenen Peer-Review-Verfahren präsentiert und diskutiert.

Zentrales Element der Veranstaltung ist die gemeinsame Erarbeitung von Vorschlägen für bundesweite Verbesserungsmaßnahmen. Die Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Peers spielen dabei eine wesentliche Rolle. Die bisher bearbeiteten bundesweiten Verbesserungsmaßnahmen werden nun im Detail dargestellt.

4.1 Schenkelhalsfraktur

In den 16 Peer-Review-Verfahren 2013 stellte sich heraus, dass die Mehrzahl der betroffenen Fälle mit verlängerter präoperativer Verweildauer oral antikoagulierte Patientinnen und Patienten waren. Die neuen direkten oralen Antikoagulantien kommen bereits bei etwa 20% der Patientinnen und Patienten mit Indikation zur Dauergerinnungshemmung zum Einsatz. Es besteht jedoch noch Unsicherheit im Umgang bei Operationen von Patientinnen und Patienten, die mit solchen Medikamenten behandelt werden.

Die Fachgesellschaften für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin, Unfallchirurgie, Orthopädie, die Arbeitsgruppe Gerinnung der Fachgesellschaft für Medizinische und Chemische Laboratoriumsdiagnostik sowie die Fachgesellschaft für Innere Medizin haben gemeinsam eine Entscheidungshilfe zu dieser komplexen Thematik erarbeitet. Daraus entstand im August 2014 der Klinische Pfad „Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten“.

Nach Veröffentlichung wurde von Anwenderinnen und Anwendern der Wunsch geäußert, auch den Umgang mit Antidots gegen Gerinnungshemmer abzubilden. Deshalb wurde der bestehende klinische Pfad im März 2016 um folgende zwei Themengebiete in aktualisierter Form veröffentlicht:

- Ergänzung 1: Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten und Verfügbarkeit von Idarucizumab
- Ergänzung 2: Behandlung hüftnaher Frakturen bei Patientinnen und Patienten unter Antiplättchentherapie (APT)

In den Ergänzungen finden sich jeweils allgemeine Prozessbeschreibungen wie bspw. Zeitpunkt der Operation, Blutungsrisiko, Hinweise zur Verabreichung oder interdisziplinäre

Managemententscheidungen. Die beiden Ergänzungen sind auch in der zugehörigen „App“ verfügbar.

4.2 Schlaganfall

Die 16 Peer-Review-Verfahren von 2014 ergaben viele unterschiedliche Verbesserungsmöglichkeiten, insbesondere in Versorgungsthemen und Prozessen. Eine Zusammenfassung findet sich in der folgenden Abbildung. Das Peer Review Follow-Up sowie weitere Abstimmungen mit der Wissenschaftlichen Gesellschaft ergaben 2 Ziele und 2 bundesweite Verbesserungsmaßnahmen:

- Ziele:
 - Integrierte Versorgung
 - Verknüpfung von Routinedaten und Registerdaten (A-IQI + „Schlaganfallregister“)
- Maßnahmen:
 - Erarbeitung eines Standards „potentielle Lyse-Kandidatinnen und -Kandidaten“
 - Erarbeitung eines Standards „Einweisung auf die Stroke Unit“.

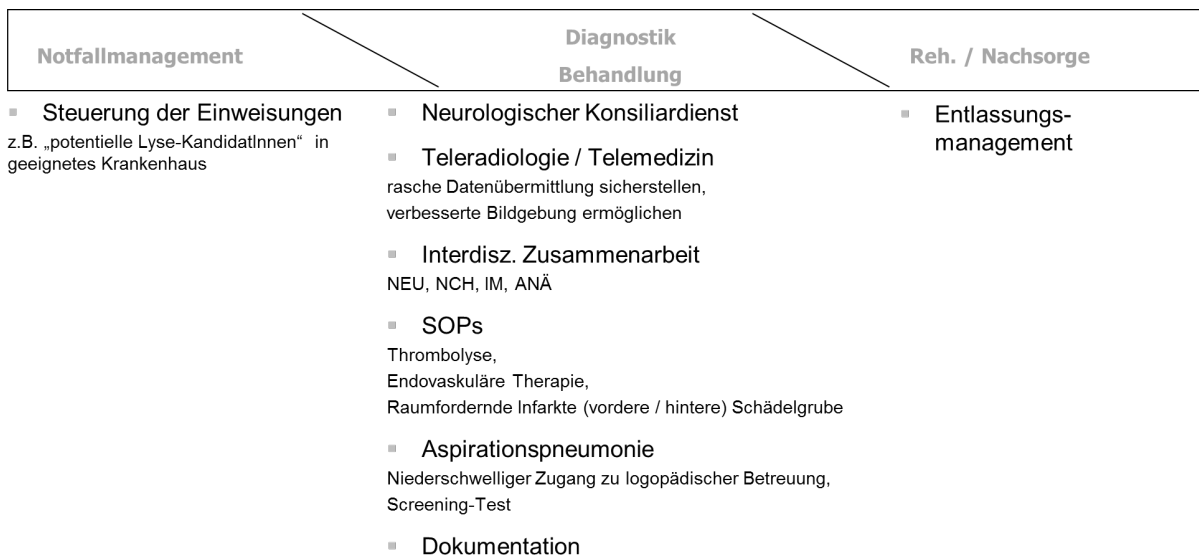


Abbildung 2: Verbesserungsmaßnahmen Schlaganfall

Im Zuge der Diskussion und Priorisierung von Qualitätsstandards entschied man sich unter Einbeziehung der Peer-Review-Ergebnisse für einen Qualitätsstandard auf Bundesebene zum Thema Integrierte Versorgung Schlaganfall. In weiterer Folge wurde seitens der Wissenschaft-

lichen Fachgesellschaft ein Positionspapier erstellt und als Basis für den Qualitätsstandard herangezogen. Derzeit wird der Qualitätsstandard inklusive eines Basisdatensatzes Schlaganfall erarbeitet.

4.3 Cholezystektomie

Bei den 11 Peer-Review-Verfahren zum Thema Cholezystektomie und auch bei mehreren anderen „operativen“ Peer-Review-Verfahren spielten interdisziplinäre und multiprofessionelle Fallkonferenzen eine wichtige Rolle. Häufige Verbesserungsmaßnahmen betrafen die Installation verschiedener Gremien:

- präoperative Fallkonferenzen (für komplexe bzw. multimorbide Patientinnen und Patienten, Gefäßboard, Tumorboard)
- Ethikboard
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK)

Im Peer Review Follow-Up wurde die Erarbeitung eines österreichischen Leitfadens für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen vorgeschlagen.

„Eine M&MK ist eine regelmäßige, idealerweise fach- und berufsgruppenübergreifende, strukturierte Besprechung zur Aufarbeitung besonderer Behandlungsverläufe und Todesfälle mit dem Ziel, gemeinsam daraus zu lernen und konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung abzuleiten“ (Bundesärztekammer 2016).

Historisch wurden M&MK primär als ein Instrument der Aus-, Fort- und Weiterbildung eingesetzt. Anhand einer Analyse realer Fälle mit Komplikationen im Behandlungsverlauf sollten vor allem Lehren für das eigene Handeln gezogen werden. Aktuelle Konzepte für M&MK betonen jedoch die duale Natur. Sie ergänzen diese individuelle Lernkomponente um eine Systemkomponente, in der der gesamte Behandlungsprozess und seine Verbesserungsmöglichkeiten einbezogen werden. Damit rückt das Ziel der Patientensicherheit noch deutlicher in den Fokus (vgl. Bundesärztekammer 2016).

Seitens der deutschen Bundesärztekammer wurde 2016 der „Methodische Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen“ veröffentlicht. Dieser Leitfaden wurde übernommen und auf der Homepage des BMASGK veröffentlicht.

4.4 Urologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie

Aus den Ergebnissen der Peer-Review-Verfahren im Jahr 2016 ergab sich die Diskussion der Zentralisierung von hochkomplexen seltenen Eingriffen, um eine hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Dies bezieht sich auf Eingriffe, die in der Durchführung technisch problematisch sind, ein klar messbares Ziel aufweisen und bei denen der potenzielle Schaden für die Patientinnen und Patienten groß ist. Es sind folgende Operationen identifiziert worden:

- Urologie:
 - Zystektomie
 - Radikale Prostatektomie
 - Nephrektomie
- Gefäßchirurgie:
 - Eingriffe an der Aorta
 - Carotis-Eingriffe
- Herzchirurgie:
 - Operationen am Herzen

Gemeinsam mit den jeweiligen Fachgesellschaften wurden auf Basis von internationaler Literatur und Evidenz Mindestanforderungen für die Abteilungen (betreffend Struktur, Ausstattung, Prozesse, Qualifikation der Operateurin oder des Operateurs) für diese hochkomplexen Eingriffe erarbeitet. Diese Informationen werden der Bevölkerung mittels www.kliniksuche.at zur Verfügung gestellt. Die detaillierte Ausarbeitung dieser Thematik ist bis Ende 2018 geplant.

5 Monitoring der qualitätsverbessernden Maßnahmen von 2010-2015

Um die Nachhaltigkeit von A-IQI zu gewährleisten, werden zwei Fragestellungen weiter behandelt:

- Wie entwickelt sich die Umsetzung der vorgeschlagenen Peer-Review-Maßnahmen? (Maßnahmen-Monitoring)
- Wie entwickeln sich die Qualitätsindikatoren-Ergebnisse nach den Peer-Review-Verfahren? (Ergebnis-Monitoring)

Überblick zu den bisher bearbeiteten Schwerpunktthemen:

Schwerpunktthema	Jahr Peer-Review-Verfahren
Herzinfarkt	2013
Pneumonie	2013
Schenkelhalsfraktur	2013
Schlaganfall	2014
Cholezystektomie	2014
Herniotomie	2015
Hysterektomie	2015
Linksherzkatheter	2015
Hüftendoprothesen-Revision	2015
Gefäßchirurgie	2016
Herzchirurgie	2016
Urologie	2016
Operationen an der Lunge	2017
Kolorektale Operationen	2017
Intensiv, Beatmung	2017

Tabelle 10: Überblick bearbeitete Schwerpunktthemen

5.1 Maßnahmen-Monitoring (Peer-Review-Verfahren)

Was passiert mit den Peer-Review-Ergebnissen? Aus jedem Peer-Review-Verfahren entsteht ein standardisiertes Protokoll, welches alle vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen mit Umsetzungs-Zeitrahmen beinhaltet. Um zu sehen, ob und wie diese Verbesserungsmaßnahmen von den Betroffenen (in der Abteilung, im Krankenhaus, beim Träger, im Bundesland, bundesweit) umgesetzt werden, wurde ein Maßnahmen-Monitoring installiert, welches einmal jährlich bei allen Verfahren zur Anwendung kommt. Es beinhaltet alle Verbesserungsmaßnahmen und wird je Verfahren maximal drei Mal (Monitoringschleifen) erhoben.

Das Monitoring beinhaltet, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, die allgemeinen Informationen zum Peer-Review-Verfahren, wie z.B. Tracer (Indikator, Thema) oder Peer-Review-Team sowie alle vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen.

PRV Nr.	KH	Tracer	Datum	Review-Team	Zeitraumen	1. Monitoringschleife	
					7 Monate		
Maßnahme Nr.	Maßnahme				Umsetzungsgrad (auswählen)	Details zur Umsetzung	Einschätzung der Rückmeldung durch den Gesundheitsfonds
1	Implementierung einer Software-Lösung für Herzkatheterbefunde: bei den Herzkatheterbefunden fehlen teilweise wichtige Informationen die in anderen Systemen dokumentiert sind. Die ärztliche Dokumentation ist teilweise nur handschriftlich und z.T. schlecht zu entziffern.				offen	Dokumentationssystem in Arbeit. Befunde für einen Teilbereich der invasiven Elektrophysiologie vermutlich ab Q2 2018 im KIS	
2	Die Pflege in der Notaufnahme wird nochmals informiert und angewiesen, den zuständigen Ärztinnen und Ärzten die EKGs der Patienten mit Verdacht auf Herzinfarkt vorzulegen, damit Fehler in der Triage-Einteilung minimiert werden. Die Abläufe an der Schnittstelle Notaufnahme/Herzkatheterlabor werden analysiert und falls notwendig verbessert.				umgesetzt	Die Pflege wurde angewiesen, bereits in der Triage bei allen Patienten mit Thoraxschmerzen ein EKG zu schreiben und dieses bei Auffälligkeiten sofort dem zuständigen FA/OA zu zeigen.	
3	Die veralteten Dokumente sollen nicht mehr in den Akten abgeheftet werden.				nur tlw. umgesetzt	Abhängig von der Vollimplementierung der IT Lösung für HK-Befunde (Siehe Punkt 1)	
4	Es sollen Standards für palliative Ansätze usw. definiert werden die in den Organisationsordner des Klinikums aufgenommen und allgemein kommuniziert werden. Entsprechende Formulare werden konzipiert.				offen	Ein einheitliches Formulare zur Dokumentation von Therapiebeschränkungen, welches dann im elektronischen Dokumentationsystem hinterlegt werden soll, ist durch die ärztliche Direktion in Vorbereitung	
5	Die duale Plättchenhemmung erfolgte bei den Patienten mit ST-Hebungsinfarkt immer mit ASS und Clopidogrel.				umgesetzt	Die duale Plättchenhemmung wurde bereits >Anfang 2016 gemäß der neuen Leitlinien umgestellt	

Tabelle 11: Erhebung Maßnahmen-Monitoring, Beispiel

Zu jeder Maßnahme werden der Umsetzungsgrad sowie die Details zur Umsetzung abgefragt:

- **offen** (Umsetzung geplant: Aus welchen Gründen noch offen? Weiteres Vorgehen, Zeithorizont?)
- **in Arbeit** (Umsetzung in Arbeit: Stand der Umsetzungsarbeiten? Weiteres Vorgehen, Zeithorizont?)
- **nur teilweise umgesetzt** (Umsetzung abgeschlossen, nur teilweise umgesetzt: Aus welchen Gründen erfolgte die Entscheidung, nicht zur Gänze umzusetzen? Was wurde umgesetzt (wie erfolgte die praktische Umsetzung), was nicht?)
- **umgesetzt** (Umsetzung abgeschlossen: Wie erfolgte die praktische Umsetzung?)
- **nicht umgesetzt** (Umsetzung nicht vorgesehen: Aus welchen Gründen erfolgte die Entscheidung, dass keine Umsetzung erfolgt?)

Es werden nun die Ergebnisse des Maßnahmen-Monitorings zum Zeitpunkt Jänner 2018 dargestellt. Diese Darstellung beinhaltet die Schwerpunktthemen Schenkelhalsfraktur, Schlagan-

fall, Cholezystektomie, Herniotomie, Hysterektomie, Linksherzkatheter und Hüftendoprothesen-Revisionen. Für die Themengebiete **Pneumonie** und **Herzinfarkt** wurde bereits im Bericht 2014 eine Umsetzung von 100% erreicht. Aus diesem Grund werden diese nicht erneut dargestellt. Die Peer-Review-Verfahren 2016 sind nicht beinhaltet, da nach vielen Verfahren der Umsetzungszeitrahmen noch läuft.

Zum Thema **Schenkelhalsfraktur** (2013) wurden 16 Verfahren mit insgesamt 85 angegebenen Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt. Aufgrund der Rückmeldungen aus dem Maßnahmen-Monitoring ergibt sich ein Umsetzungsgrad von 91%. 8 Maßnahmen wurden noch nicht umgesetzt.

Die 16 Peer-Review-Verfahren zum Thema **Schlaganfall** (2014) ergaben insgesamt 65 Verbesserungsmaßnahmen. 10 Maßnahmen wurden bisher noch nicht umgesetzt. Dies ergibt einen Umsetzungsgrad von 85%.

Zur **Cholezystektomie** (2014) wurden 69 Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet. 63 Maßnahmen wurden bereits umgesetzt. 5 Verbesserungsvorschläge sind bisher noch nicht umgesetzt. Dies ergibt einen Umsetzungsgrad von 93%.

Bei den Peer-Review-Verfahren zur **Herniotomie** (2015) wurden von den 8 erarbeiteten Maßnahmen 3 bisher noch nicht umgesetzt.

In den 13 Verfahren zum Thema **Hysterektomie** (2015) konnten 54 Verbesserungsmaßnahmen identifiziert werden. 9 Verbesserungsvorschläge sind bisher noch nicht umgesetzt.

Die 3 Peer-Review-Verfahren zum Thema **Linksherzkatheter** (2015) ergaben insgesamt 14 Verbesserungsmaßnahmen. 4 Maßnahmen wurden noch nicht umgesetzt.

Zu **Hüftendoprothesen-Revisionen** (2015) wurden in den 3 Verfahren 17 Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet. 3 Verbesserungsvorschläge sind bisher noch nicht umgesetzt.

Bei den 9 Peer-Review-Verfahren zum Thema **Urologie** (2016) wurden 31 Maßnahmen identifiziert, von denen bisher 25 umgesetzt werden konnten.

Zur **Gefäßchirurgie** (2016) wurden 15 Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet, von denen 8 bisher noch nicht umgesetzt wurden.

Zum Thema **Herzchirurgie** (2016) fanden 4 Peer-Review-Verfahren statt. Aus diesen resultierten 19 Maßnahmen, von denen 13 bereits umgesetzt werden konnten.

5.2 Ergebnis-Monitoring (Qualitätsindikatoren)

Im Ergebnis-Monitoring wird die Entwicklung des Qualitätsindikatoren-Ergebnisses nach einem Peer-Review-Verfahren über mehrere Jahre beobachtet. Das ist nur in Verbindung mit dem Maßnahmen-Monitoring sinnvoll.

Inhalt des Ergebnis-Monitorings sind jene Verfahren, die von 2013 bis 2015 zu den 8 Schwerpunkten Herzinfarkt, Pneumonie, Schenkelhalsfraktur, Schlaganfall, Cholezystektomie, Herniotomie, Hysterektomie und Linksherzkatheter stattgefunden haben. Das Ergebnis-Monitoring basiert auf der Konfidenzintervall-Berechnung der Indikatoren mit Zielbereich.

Anhand eines Ampelsystems erfolgt eine Einteilung in:

- „nicht auffällig“ (1 oder grün)
- „nicht signifikant auffällig“ (2 oder gelb)
- „signifikant auffällig“ (3 oder rot)

Die beiden Verfahren zum **Herzinfarkt** (Datenbasis 2010/2011) fanden Anfang 2013 statt. Wie in der folgenden Tabelle ersichtlich, haben sich die Ergebnisse der zwei Krankenhäuser von anfangs „signifikant auffällig“ in „nicht auffällig“ verändert. Dies ergibt eine Ergebnis-Verbesserung von 100% (2 von 2 Krankenhäusern).

KA	Indikator	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
KA 1	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	3	3	2	2	1	1	1
KA 2	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	3	3	3	3	2	1	1

Tabelle 12: Ergebnis-Monitoring, Herzinfarkt

Zur **Pneumonie** (Datenbasis 2010/2011) wurde nur ein Peer-Review-Verfahren durchgeführt. Bei der Pneumonie wurde die Kodierung (LKF 2017) neu strukturiert. Bis 2018 wird deshalb das Ergebnis-Monitoring ausgesetzt. 2018 erfolgt erneut eine bundesweite statistische Auswertung und Analyse des Themengebiets.

Um eine Verbindung zum Maßnahmen-Monitoring herzustellen – sowohl beim Herzinfarkt als auch bei der Pneumonie, wurden bereits alle vereinbarten Maßnahmen aus den Peer-Review-Verfahren umgesetzt.

Zum Thema **Schenkelhalsfraktur** fanden 16 Verfahren statt (Datenbasis 2010/2011). Folgende Entwicklung konnte im Jahr 2016 festgestellt werden:

- 7 Krankenhäuser „nicht auffällig“
- 2 „nicht signifikant auffällig“

- 2 Krankenhäuser, bei denen das Ergebnis nicht bewertbar ist da die Fallzahl bei unter 10 lag

Zum Schwerpunkt **Schlaganfall** (Datenbasis 2012) konnten bisher 9 Krankenhäuser, 60% (Basis 15 anstatt 16 Krankenhäuser, da 1 Verfahrenswiederholung), die Ergebnisse verbessern. Bei einem Krankenhaus beträgt die Fallzahl im Jahr 2016 unter 10, was eine Bewertung ausschließt.

Zu dem Schwerpunktthema **Cholezystektomie** fanden 11 Peer Review-Verfahren statt (Datenbasis 2012). Von diesen waren jedoch 9 zentrale Verfahren für die kein Ergebnis-Monitoring durchgeführt wird. Lediglich 2 Peer Review-Verfahren erfolgten auf Häuser-Ebene. Ein Haus konnte seine Ergebnisse bis zum Jahr 2016 verbessern.

Zum Thema **Herniotomie** fand ein Verfahren auf Häuser-Ebene statt. Dieses Haus konnte seine Ergebnisse bisher erheblich verbessern. Weiters fand ein zentrales Verfahren statt.

Zur **Hysterektomie** fanden 13 Verfahren statt (Datenbasis 2013). 77% der Häuser (10 von 13) konnten bisher ihr Ergebnis verbessern.

Zu dem Schwerpunkt **Linksherzkatheter** fanden 3 Peer Review-Verfahren statt (Datenbasis 2013). 2 Häuser (67%) konnten ihre Ergebnisse bisher verbessern.

6 KLINIKSUCHE.AT

KLINIKSUCHE.AT ist ein Projekt aus der Gesundheitsreform 2013. Die Veröffentlichung erfolgte am 6. April 2016 im Anschluss an die Freigabe durch die Bundes-Zielsteuerungskommission unter www.kliniksuche.at.

The screenshot shows the homepage of KLINIKSUCHE.AT. At the top left, the logo reads 'KLINIKSUCHE.AT Qualitätsdaten'. To the right is the logo of the 'MINISTERIUM FRAUEN GESUNDHEIT'. A navigation bar contains links for 'Startseite', 'Über uns', 'Glossar', 'Ihr Krankenhausaufenthalt', and 'Kontakt'. The main heading is 'Finden Sie das passende Krankenhaus' with the subtext 'Wir geben Ihnen Orientierung!'. Below this is a large image of a female doctor in a white coat talking to a female patient in a hospital bed. To the right of the image is a welcome message: 'Willkommen bei KLINIKSUCHE.AT. KLINIKSUCHE.AT unterstützt Sie dabei, ein Krankenhaus nach Ihren Wünschen zu finden. Sicher und unabhängig! Die dargestellten Behandlungen werden in regelmäßigen Abständen erweitert.' Below the image and text are four search filters: 'Körperbereich' (with a dropdown menu), 'Behandlung' (with a dropdown menu), 'PLZ, Ort oder Bundesland' (with a text input field), and 'Umkreis' (with a dropdown menu and a red circular arrow icon).

Abbildung 3: Screenshot kliniksuche.at

6.1 Grundlagen

Ziel der Veröffentlichung von Qualitätsdaten ist, die Bevölkerung in Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt über eine neutrale Plattform bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen (Empowerment). Die Informationen auf KLINIKSUCHE.AT werden aus den Krankenhausroutinedaten (LKF) und aus den Daten der Plattform Qualitätsberichterstattung, die in regelmäßigen Abständen von allen Krankenhäusern mit Informationen befüllt wird, generiert.

Wie in der folgenden Abbildung dargestellt, werden folgende 16 Behandlungen/Operationen in jeweils 3 unterschiedlichen Kategorien dargestellt:

- Anzahl behandelter Fälle
- Kriterien für den Aufenthalt
- Allgemeine Kriterien zum Krankenhaus

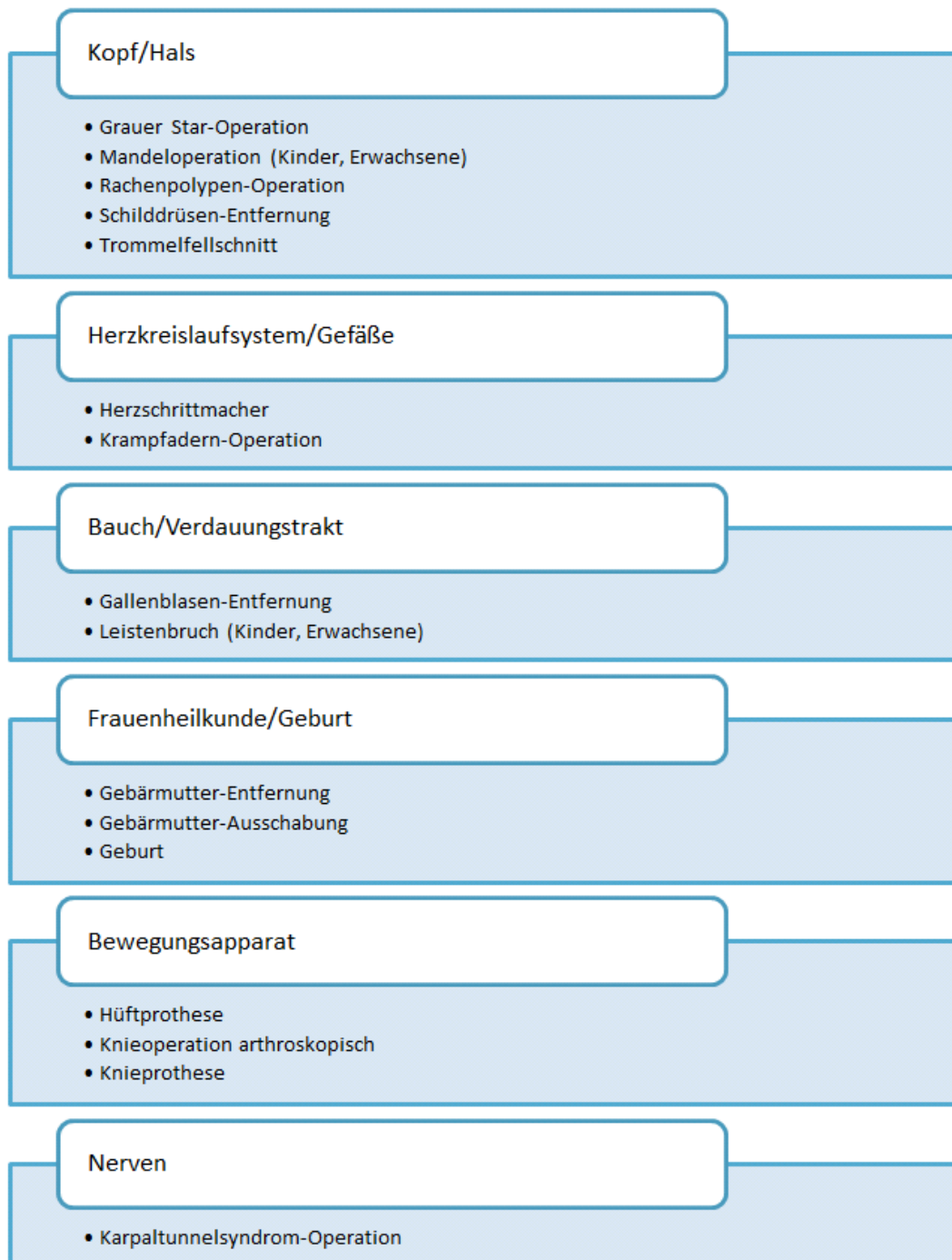


Abbildung 4: Themengebiete in klinksuche.at

In „Anzahl behandelter Fälle“ wird die Anzahl an durchgeführten Operationen pro Jahr für den ausgewählten Behandlungsanlass ausgewiesen. Bei einer Fallzahl von unter 10 wird nicht die genaue Zahl, sondern „<10“ angegeben. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt wird eine Einstufung in eine der folgenden Kategorien vorgenommen:

- nicht bewertbar (bei unter 10 Fällen)
- unter der bundesweiten Bandbreite
- in der bundesweiten Bandbreite
- über der bundesweiten Bandbreite

Für die Einstufung werden alle leistungserbringenden Krankenhäuser mit Ausnahme jener unter 10 Fällen in 4 ca. gleich große Gruppen (Quartile) geteilt. Die erste Gruppe mit den niedrigsten Fallzahlen wird in „unter der bundesweiten Bandbreite“, die beiden mittleren Gruppen in „in der bundesweiten Bandbreite“, die Gruppe mit den meisten Fallzahlen in „über der bundesweiten Bandbreite“ eingestuft. Datenquelle ist die Leistungsdokumentation (LKF) der Krankenhäuser.

In der Kategorie „Kriterien für den Aufenthalt“ werden je nach Behandlungsanlass eine oder mehrere der folgenden Kennzahlen ausgewiesen:

- Verweildauer in Tagen (Median, zusätzlich wird eine Zeitspanne angegeben, wie viele Tage der Großteil der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verbringt)
- Operationstechnik (Anteil an minimal-invasiven Operationsverfahren in %)
- Tagesklinik-Anteil (Anteil an Patientinnen und Patienten ohne Krankenhausübernachtung mit Aufnahme und Entlassung am selben Tag in %)

In der Kategorie „Allgemeine Kriterien zum Krankenhaus“ wird die Frage beantwortet, ob und wie viele der folgenden Instrumente zur Qualitätssicherung im jeweiligen Krankenhaus zur Anwendung kommen:

- Werden in der Einrichtung Patientenbefragungen durchgeführt?
- Gibt es ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement?
- Gibt es ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?
- Ist in der Einrichtung ein Entlassungsmanagement implementiert?
- Ist in der Einrichtung ein OP-Management implementiert?
- Gibt es ein System zur Überwachung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen (nosokomiale Infektionen)?

Der Erreichungsgrad wird in Absolutzahlen und in einem Balkendiagramm angegeben. Datenquelle ist die „Qualitätsberichterstattung“ der Gesundheit Österreich GmbH.

6.2 Updates, Weiterentwicklung

Nach der Veröffentlichung im April 2016 wurden bis Jahresende noch zwei Updates vorgenommen. Im September wurden acht weitere sehr häufig erbrachte Behandlungen/Operationen in KLINIKSUCHE.AT aufgenommen. Im Dezember erfolgte eine Aktualisierung der Daten vom Datenjahr 2014 auf 2015. Weiters wurden einzelne Informationstexte verbessert und die Darstellung für mobile Endgeräte optimiert.

Im Regelbetrieb von KLINIKSUCHE.AT werden jährlich zwei Aktualisierungen vorgenommen:

- Einarbeitung der abgeschlossenen A-IQI Jahresschwerpunkte
- Aktualisierung des Datenjahres

Die jährlich festgelegten Jahresschwerpunkte in A-IQI werden nach Durchführung der Peer-Review-Verfahren mit der Veranstaltung „Peer Review Follow-Up“ im Herbst abgeschlossen. Danach erfolgt eine erste Diskussion in der A-IQI Steuerungsgruppe über die Aufnahme der Jahresschwerpunkte in KLINIKSUCHE.AT. Wie in der folgenden Abbildung dargestellt, werden danach die Schwerpunkte im Hinblick auf die Veröffentlichung analysiert, aufbereitet und erneut in der A-IQI Steuerungsgruppe diskutiert. Heuer betrifft dies die abgeschlossenen Jahresschwerpunkte Gefäßchirurgie, Herzchirurgie und Urologie. Darüber hinaus wird das Thema Augenheilkunde hinzugefügt.

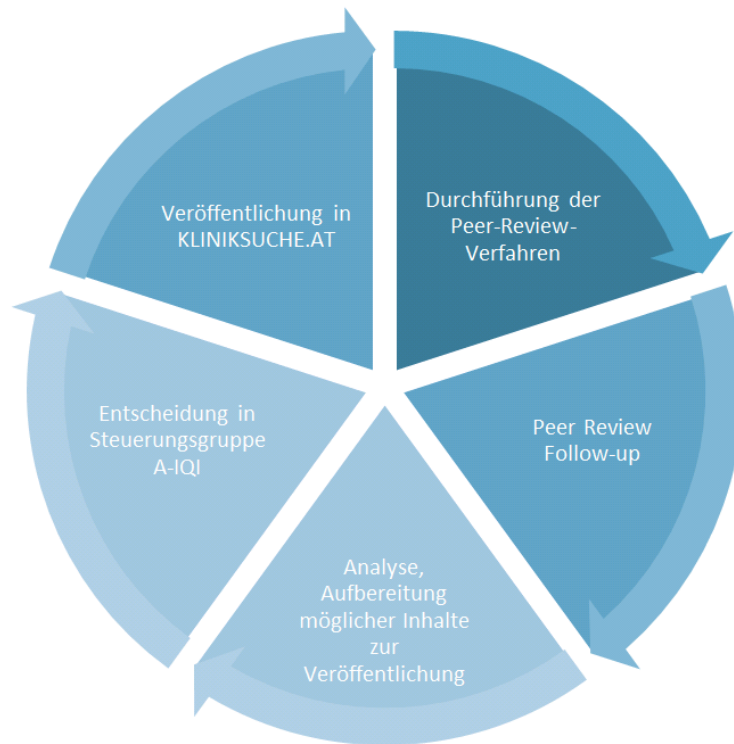


Abbildung 5: Weiterentwicklung kliniksuche.at

7 Ausblick 2018

Das Peer Review Follow-Up ist das jährliche Diskussionsforum im A-IQI System, in dem alle Peer-Review-Ergebnisse diskutiert und bundesweite Verbesserungsmaßnahmen vorgeschlagen werden. Die Ableitungen aus dem Follow-Up, das im September stattgefunden hat, sind derzeit in Ausarbeitung.

Für Sentinel-Ereignisse wurde eine eigene Bearbeitungsschiene erarbeitet. Für diese wurde als erstes eine bundesweite Erhebung aller Sentinel-Todesfälle in der Endoprothetik durchgeführt. Neben den Sentinel-Ereignissen wurden auch alle Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen mittels eines Fragebogens über die Routinedaten hinaus analysiert. Die Entwicklung erfolgte hierbei zusammen mit den Fachgesellschaften für Orthopädie und Traumatologie (OR/UC). Die Entwicklung der Endoprothetik in Österreich, insbesondere im Rahmen von A-IQI wird im Endoprothetik-Bericht, der 2018 veröffentlicht wird, dargestellt. Dieser umfasst neben den regulären A-IQI Indikatoren im Bereich der Endoprothetik und der Sonderauswertung – Revisionen eine Erläuterung der Erhebung, die 2017 durchgeführt wurde, sowie entsprechende Ergebnisse.

Auch die jährliche Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren läuft bereits. Basierend auf den Indikatoren aus Deutschland und der Schweiz, den Vorschlägen aus dem Wissenschaftlichen Beirat und der LKF 2018 wird derzeit an der neuen Version 5.1 gearbeitet. Neben den regulären A-IQI Indikatoren erfolgt auch eine stetige Weiterentwicklung von Sonderauswertungen. Dies umfasst unter anderem:

- **Organspende:** Diese Sonderauswertung dient lediglich als Information für die Landesgesundheitsfonds und wird nicht veröffentlicht. Sie stellt die potenziellen Organspenderinnen und Organspendern dar und soll vor allem als Bewusstseins-schaffung für diese Thematik dienen, um in weiterer Folge die Anzahl an Lebendspenderinnen und Lebendspendern zu reduzieren.
- **Augenheilkunde:** Hierbei handelt es sich, ebenso wie bei dem Thema Organspende um eine Sonderauswertung. Einige Ergebnisse werden auf www.kliniksuche.at der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Diese sind Grauer Star-Operationen, Glaukom-Operationen und Schieloperationen (getrennt nach Kindern und Erwachsenen).
- **Neugeborene:** Die neuen Indikatoren dienen nicht der Beurteilung der medizinischen Qualität, sondern sollen vielmehr die Versorgung von Frühgeborenen abbilden. Dabei werden die Frühgeborenen als Anteil an Geburten insgesamt betrachtet. Das Ziel ist die Beurteilung, ob Frühgeborene in den dafür vorgesehenen Zentren geboren werden.

Erstmals wurde 2017 ein Schwerpunkt wiederholt – Schenkelhalsfraktur. Neben Re-Reviews (dies sind Verfahren in Krankenanstalten, bei denen bereits ein Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurde) werden auch Best-Practice Reviews stattfinden. Dafür werden Häuser besucht, die im Bereich Schenkelhalsfraktur über mehrere Jahre hinweg kontinuierlich sehr gute Ergebnisse erzielen konnten. Mehrere Peer-Review-Verfahren wurden bereits abgehalten.

Auch für www.kliniksuche.at werden stetig neue Themengebiete ausgearbeitet. Diese umfassen im Jahr 2018 die Themengebiete Herzchirurgie, Gefäßchirurgie, Urologie und Augen. Erstmals werden 2018 zusätzlich Strukturdaten der Krankenanstalten aufscheinen. Dies sind wichtige nächste Schritte für A-IQI.

Auf ein weiteres erfolgreiches Jahr!

Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (2017): Statistiken zur Krankenversicherung, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2015. Bern. http://www.bag-anw.admin.ch/2016_taglab/2016_spitalstatistik/data/download/qip15_publication.pdf?v=1509993012 (letzter Zugriff am 13.02.2018)
- Bundesärztekammer (2016): Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Berlin: Bundesärztekammer. http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf (letzter Zugriff am 06.02.2017)
- Kozek, S. / Gütl, M. / Illievich, U. / Pachucki, A. / Kwasny, O. / Giurea, A. / Haushofer, A. / Watzke, H. (2016): Klinischer Pfad: Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten inkl. Ergänzungen. Wien: BMGF. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/1/2/CH1333/CMS1409145967287/klinischer_pfad_hueftnahe_frakturen.pdf (letzter Zugriff am 10.02.2015)
- Kuhlen R. / Rink O. / Zacher J. (2010): Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Mansky, T. / Nimptsch, U. / Winklmaier, C. / Hellerhoff, F. (2013): G-IQI German Inpatient Quality Indicators Version 4.0. Band 3. Erläuterungen und Definitionshandbuch für das Datenjahr 2013. 2. Auflage. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin. http://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_V40_Band_3_Aufl_2_online.pdf (letzter Zugriff am 06.02.2017)
- Mansky, T. / Nimptsch, U. / Cools, A. / Hellerhoff, F. (2017): G-IQI German Inpatient Quality Indicators Version 5.1. Band 2. Definitionshandbuch für das Datenjahr 2017. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin. https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_51_Band_2_2017.pdf (letzter Zugriff am 13.02.2018)
- Türk, S. / Amon, M. / Rath, I. / Schimmerl, J. (2015): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) Organisationshandbuch. Organisationsablauf und Systembeschreibung. Wien: BMGF. http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/5/0/CH1367/CMS1385999778812/a-iqi_organisationshandbuch.pdf (letzter Zugriff am 06.02.2017)
- Türk, S. / Amon, M. / Pesec, B. / Rath, I. / Vukic I. (2017): Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten A-IQI. Indikatorenbeschreibung Version 5.0. Wien: BMGF. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/2/9/CH1367/CMS1411031157954/indikatorenbeschreibung_aiqi_5.0.pdf (letzter Zugriff am 13.02.2018)