

## Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

# Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Bericht 2020

Abgenommen durch die Bundes-  
Zielsteuerungskommission am 18. Dezember 2020

# IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege 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, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Mitarbeit (alphabetisch):

Margarita Amon, MSc (BMSGPK)

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Ingrid Rath (BMSGPK)

Dr. Silvia Türk (BMSGPK)

Ines Vukic, MSc (BMSGPK)

Dr. Fabian Waechter, MSc MBA (BMSGPK)

Wien, im November 2020

# Management Summary

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

- Indikatoren: Ermittlung von Auffälligkeiten, 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.
- Berichtslegung: erfolgt auf 2 Ebenen  
Expertinnen und Experten – jährliche Erarbeitung eines A-IQI Berichts  
Bürgerinnen und Bürger – [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at).
- Peer-Review-Verfahren 2020: Zu den Schwerpunkten COPD, Herzinsuffizienz und Pneumonie Verfahren abgesagt aufgrund von COVID-19.
- Kliniksuche.at: Neue Leistungen & Diagnosen wurden hinzugefügt.

---

## **Neue Leistungen & Diagnosen**

Magenoperationen aufgrund von Übergewicht

Bandscheiben-Operation

Schulterprothese

Schulter-Rotatorenmanschette

# Inhalt

Abbildungen und Tabellen .....	IV
Abkürzungen .....	V
1 System A-IQI.....	1
1.1 Weiterentwicklung, Regelkreis in A-IQI.....	1
1.2 Überblick Indikatoren, Ergebnisse .....	3
1.2.1 Reguläre Qualitätsindikatoren .....	3
1.2.2 Zusatzauswertungen .....	5
1.2.3 Qualitätsregister.....	6
1.3 Peer-Review-Verfahren .....	6
2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse Version 2020 / Vergleich Deutschland und Schweiz.....	10
2.1 Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung.....	10
2.2 Lesebeispiel Qualitätsindikator .....	13
2.3 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse – reguläre A-IQI Indikatoren .....	14
2.4 Qualitätsindikatoren Ergebnisse – Zusatzauswertungen .....	24
2.4.1 Augenheilkunde .....	24
2.4.2 Gynäkologie und Geburtshilfe.....	26
2.4.3 Prothesen-Revisionen .....	29
2.5 Qualitätsindikatoren Ergebnisse – Qualitätsregister.....	31
2.5.1 Herzchirurgie-Register.....	31
2.5.2 Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder ....	33
2.5.3 Stroke-Unit-Register.....	35
3 Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen aus den Peer-Review-Verfahren .....	37
3.1 Hüftgelenknahe Frakturen.....	37
3.2 Schlaganfall .....	38
3.3 Cholezystektomie .....	39
3.4 Urologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie.....	40
4 www.kliniksuche.at.....	42
4.1 Grundlagen .....	42
4.2 Inhalte .....	43
4.3 Updates, Weiterentwicklung.....	45
5 Aktuelle Arbeiten .....	47
5.1 Versorgungsdichten.....	47
6 Ausblick 2021 .....	49
Literatur.....	50

# Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013).....	2
Abbildung 2: 3-stufige Schlaganfalldokumentation (Quelle: BMASGK 2018).....	39
Abbildung 3: 8 Themengebiete kliniksuche.at (Quelle: BMSGPK) .....	43
Abbildung 4: Kliniksuche.at – Beispielkrankenhaus Gebärmutterentfernung.....	44
Abbildung 5: Weiterentwicklung kliniksuche.at.....	46
Abbildung 6: Beispieldarstellung Versorgungsdichten .....	47
Abbildung 7: Analyseprozess Versorgungsdichten .....	48
Tabelle 1: Überblick Qualitätsindikatoren.....	3
Tabelle 2: Überblick neue Indikatoren und Modifikationen der Version 2020.....	5
Tabelle 3: Überblick Peer-Review-Verfahren .....	7
Tabelle 4: Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens .....	7
Tabelle 5: Analysekriterien.....	9
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren-Ergebnisse, Erklärung einzelne Spalten .....	11
Tabelle 7: Lesebeispiel Qualitätsindikator .....	13

## Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
auff.	auffällig
BD	Bundesdurchschnitt
BM	Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CH	Schweiz
CH-IQI	Swiss Inpatient Quality Indicators
CI	Konfidenzintervall
D	Deutschland
EW	Erwartungswert
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
Geb.gew.	Geburtsgewicht
Gest.alter	Gestationsalter
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IQI	Inpatient Quality Indicators
JSP	Jahresschwerpunkte
KA	Krankenanstalt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
M&MK	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
NIH	National Institutes of Health
n.v.	nicht vorhanden
Ö	Österreich
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
OP	Operation
Pat.	Patientinnen und Patienten
S.a.N.	Stationär aufgenommene Neugeborene
SE	Sentinel
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SOP	Standard Operating Procedure
ZB	Zielbereich
ZW	Zielwert

# 1 System A-IQI

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

- Strukturen – Krankenanstaltenträger und Gesundheitsfonds,
- abteilungsübergreifende Prozesse – Ärztliche Direktion,
- Prozesse innerhalb der Abteilung – Abteilungsleitung,
- medizinische Themen – Abteilungsleitung.

Entscheidungen über die Abbildung neuer Indikatoren, Jahresschwerpunkte für Peer-Review-Verfahren oder die Weiterentwicklung des Systems A-IQI werden in der A-IQI Steuerungsgruppe getroffen. Diese besteht aus Mitgliedern aller Landesgesundheitsfonds, dem Privatkrankeanstalten-Finanzierungsfonds, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger sowie dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).

Die Entwicklung und Weiterentwicklung der Indikatoren findet im Wissenschaftlichen Beirat unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten (Wissenschaftliche Gesellschaften) im Auftrag der Steuerungsgruppe statt. Am Wissenschaftlichen Beirat nehmen Vertreterinnen und Vertreter aus den Landesgesundheitsfonds, den Krankenanstaltenträgern/Krankeanstalten, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und dem BMSGPK teil.

Im BMSGPK in der Abteilung für Qualität im Gesundheitssystem, Gesundheitssystemforschung liegt die Organisation für das System. Das BMSGPK 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. 2019)

Jährlich findet im Herbst eine Peer-Review-Schulung für neue Peers und das Peer-Review-Follow-Up statt. Im Follow-up werden alle Ergebnisse aus den aktuellen Peer-Review-Verfahren gemeinsam mit den Betroffenen und den Wissenschaftlichen Gesellschaften diskutiert, und bundesweite Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet. 2020 finden diese beiden Fixpunkte erstmals aufgrund von COVID-19 nicht statt.

## 1.1 Weiterentwicklung, Regelkreis in A-IQI

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

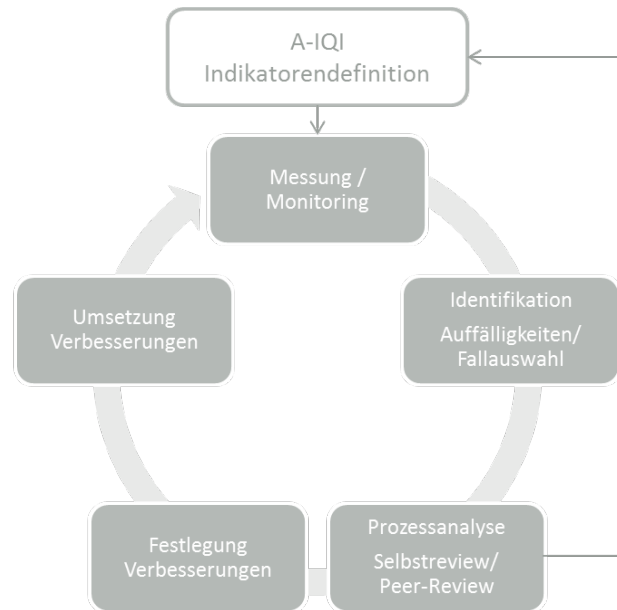


Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013)

**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 Gesellschaften bestehende Indikatoren bei Bedarf überarbeitet und neue Fragestellungen und dazugehörige Indikatoren entwickelt. Auf internationaler Ebene wird einmal jährlich durch den Verein 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 BMSGPK, 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 auf Auffälligkeiten hin geprüft und in der A-IQI Steuerungsgruppe besprochen. In einem nächsten Schritt erfolgt durch die betroffenen Krankenanstalten eine Kontrolle bezüglich etwaiger Kodierunschärfen 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 Fälle werden durch die jeweiligen Abteilungen 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 vor Ort inkl. Verantwortlichkeiten und Zeitrahmen. Österreicherweit bedeutsame Themen werden auch gemeinsam mit den wissenschaftlichen Gesellschaften bearbeitet.

**Messung/Monitoring:** Die laufende Messung des Indikators (Ergebnis-Monitoring) sowie das Monitoring der vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen (Maßnahmen-Monitoring) ermöglichen die Überprüfung des Umsetzungsgrades sowie darauf aufbauend die Wirksamkeit der Maßnahmen und soll die Nachhaltigkeit des Systems sicherstellen.

## 1.2 Überblick Indikatoren, Ergebnisse

Neben den regulären Qualitätsindikatoren sind mittlerweile mehrere andere Datenquellen wie die Zusatzauswertungen und Qualitätsregister im A-IQI Prozess eingebunden.

### 1.2.1 Reguläre 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 2020 verwendet. Datengrundlage ist das LKF-System. Die regulären A-IQI Indikatoren beschränken sich auf den stationären Bereich.

Überblick Qualitätsindikatoren	Detail
Aktuelle Version	2020
Anzahl an Themenbereichen	55
Anzahl an Indikatoren	389
Anzahl an Indikatoren mit Zielbereich	164 (147 Zielbereich, 17 Sentinel)
Anzahl an Indikatorentypen	7
Anzahl an Indikatorenkategorien	3

---

Tabelle 1: Überblick Qualitätsindikatoren

Welche 7 Indikatorentypen werden gemessen?

1. Todesfälle z.B. Schenkelhalsfrakturen, Anteil Todesfälle
2. Intensivhäufigkeit z.B. Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte  $\geq 2$  Nächte
3. Komplikationen z.B. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Anteil abnorme Verläufe

4. Mengen insgesamt z.B. Schrittmacherversorgung insgesamt
5. Operationstechnik z.B. Hysterektomien, Anteil laparoskopische Operationen
6. Versorgungsprozess z.B. Hüftgelenknahe Fraktur, Anteil präop. Verweildauer  $\geq 2$  Tage
7. Zusatzinformationen z.B. Anteil der Fälle in den A-IQI Indikatoren.

Es werden drei Indikatorenkategorien unterschieden: Indikatoren mit Zielbereich, Sentinel-Ereignisse und Informationsindikatoren.

Für die Kennzahlen mit **Zielbereich** werden Bundesdurchschnitte, Erwartungswerte (fallbezogen, risikoadjustiert mittels Alter und Geschlecht) oder Mindestmengen-Vorgaben aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit als Vergleichsbasis herangezogen.

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 Krankenanstalt 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 und die Kennzahlen zu Mindestmengen**. Bei den Sentinel-Ereignissen handelt es sich um Indikatoren zur Patientensicherheit (z.B. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Anteil Todesfälle) wo bereits jeder einzelne Todesfall zu einer signifikanten Auffälligkeit führt und in weiterer Folge analysiert werden sollte. Auch ein Unterschreiten der Mindestmengen-Vorgaben (z.B. bei Ösophagus-Eingriffen) führt zu einer signifikanten Auffälligkeit.

Folgende Modifikationen und Erweiterungen wurden in der A-IQI Version 2020 vorgenommen:

Neue Indikatoren	Details	
Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter	03.25	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herz-OP, Zustransferierungen, Anteil Todesfälle
	03.31	Diagnostischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Zustransferierungen, Anteil Todesfälle
	03.41	Therapeutischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Zustransferierungen, Anteil Todesfälle
Schlaganfall	09.52	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) auf Stroke Unit, Anteil Fälle mit syst. Thrombolyse
Lungenentzündung (Pneumonie)	13.10	Pneumonie ambulant und im stationären Aufenthalt erworben, Anteil Todesfälle
	13.13	Pneumonie, Anteil im stationären Aufenthalt erworben

Neue Indikatoren	Details	
Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber	21.12	Andere lokale/kleinere Eingriffe am Pankreas, Anteil Todesfälle
	21.21	Anatomische Leberresektionen (Alter > 19), Anteil Todesfälle
Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)	31.12	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil abnorme Verläufe
Modifizierte Indikatoren	Details	
Operationen am Herzen	Änderung Ausschlüsse	
Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber	21.10	Pankreaseingriffe insgesamt (Alter > 19, ohne Transplantationen), Anteil Todesfälle
	21.11	Pankreasresektionen bei bösartiger Neubildung des Pankreas (Alter > 19), Anteil Todesfälle
Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien	Ausschluss Trauma (24.30 Einschluss)	
	24.10	Extrakranielle Gefäßoperationen an der A. carotis, Anteil Todesfälle
	24.20	Perkutane Stentimplantationen in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle
	24.30	Extrakranielle Gefäßoperationen bei Herz-/Gefäßoperation, Trauma oder HNO-Tumor
Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen	Einschluss Diagnose benigne Erkrankungen	
Operationen an der Wirbelsäule und des Rückenmarks	41.12	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle: mit Zielbereich
Abnorme Verläufe	35.40	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil abnorme Verläufe: von Wiederaufnahme Intensiv auf Intensivaufenthalt geändert
	44.30	Zystektomien, Anteil abnorme Verläufe: VWD OG reduziert
	45.40	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil abnorme Verläufe: VWD OG reduziert
	46.30	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil abnorme Verläufe: VWD OG reduziert
Intensivbetreuung und Beatmung	49.31	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil ungeplante Wiederaufnahmen auf Intensivheiten: eingeschränkt auf ungeplante Wiederaufnahmen
Sentinel	52.20	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Wegtransferierungen: mit Wegtransferierungen nach Wirbelsäulen-OPs

Tabelle 2: Überblick neue Indikatoren und Modifikationen der Version 2020

## 1.2.2 Zusatzauswertungen

Neben den regulären A-IQI Indikatoren fließen in die Version 2020 vier Zusatzauswertungen ein:

- **Augenheilkunde:** Es werden Glaukom-, Katarakt- und Schiel-Operationen betrachtet und vor allem Wiederaufnahmen und Re-Eingriffe analysiert. Informationen zu diesen Eingriffen sind des Weiteren auf [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) abrufbar.

- **Gynäkologie und Geburtshilfe:** Der Fokus dieser Zusatzauswertung liegt auf der Versorgung von Neu- bzw. Frühgeborenen: „Werden Neugeborene/Frühgeborene in den richtigen Krankenanstalten behandelt?“ Als wesentliche Grundlage für diese Auswertungen dient das in das LKF-System integrierte Aufnahmekennzeichen „G“ für Neugeborene. Ab der Version 2020 wurde das Thema Mammaresektionen aufgenommen.
- **Organspende:** Diese Zusatzauswertung dient in einem ersten Schritt lediglich als Information für die Gesundheitsfonds und gibt einen Hinweis auf potenzielle Organspenderinnen oder Organspender.
- **Prothesen-Revisionen:** Es werden vorwiegend Revisionsraten bei Hüft- und Knieendoprothesen innerhalb von 1/2/3/4 Jahren nach Erstoperation dargestellt.

Für die Zusatzauswertungen werden zum überwiegenden Teil jahresübergreifende pseudonymisierte Daten (Patientenkarrieren) herangezogen, welche im Auswertungsprogramm QDok nicht zur Verfügung stehen.

### 1.2.3 Qualitätsregister

Neben den regulären Indikatoren und den Zusatzauswertungen werden Qualitätsindikatoren aus den bundesweiten Qualitätsregistern der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in den A-IQI Prozess einbezogen:

- Herzchirurgie-Register
- Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder
- Stroke-Unit-Register
- Revisions-Register (Bundesweite Erhebung aller Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen und Sentinel-Todesfälle).

Datenquelle hierfür sind nicht die LKF-Daten, sondern Eingaben der Krankenanstalten in eigene Dokumentationssysteme oder Webapplikationen der GÖG. Deshalb wird neben den einzelnen Qualitätsindikatoren in den Registerauswertungen immer auch die Vollständigkeit der Eingaben betrachtet.

## 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 mit direktem Austausch von Wissen. Der Fokus im Verfahren liegt auf dem Finden von Lösungen.

Aufgrund von COVID-19 konnten im Jahr 2020 zu den Schwerpunktthemen Pneumonie, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz keine Peer-Review-Verfahren durchgeführt werden.

<b>Überblick Peer-Review-Verfahren 2012-2019</b>	<b>Detail</b>
Anzahl an durchgeführten Peer-Review-Verfahren	170
Summe der analysierten Fälle	>2500
Anzahl an Peer-Review-Schulungen	24
Anzahl aktiver Peers	182
Anzahl an Peer-Review-Follow-Ups	7

Tabelle 3: Überblick Peer-Review-Verfahren

Das Verfahren wird grundsätzlich im Krankenhaus vor Ort von „externen“, unabhängigen, erfahrenen und geschulten Peers (Primarärztinnen/ Primärärzte oder leitende Oberärztinnen/Oberärzte) durchgeführt. Das Peer-Review-Team von drei bis fünf Peers besteht aus einer Teamleitung und Teammitgliedern und ist aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammengesetzt. Das Team analysiert und bewertet bis zu 20 relevante Fälle anhand von definierten Analysekrterien. 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.

<b>Peer-Review-Grundsätze</b>
Klärung statistischer Auffälligkeiten (keine Repressalien)
Chefsache (Durchsetzbarkeit)
Zentrale Fallauswahl (Treffsicherheit)
Akzeptierte Analysekrterien (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)
<b>Ziele</b>
Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses
Aufdecken lokaler Besonderheiten
Etablieren einer offenen Fehlerkultur
Nachhaltigkeit des Verbesserungsprozesses
Kontrolle der Kennzahlen

Tabelle 4: 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.

Die Fallauswahl erfolgt standardisiert durch das BMSGPK in Abstimmung mit dem Gesundheitsfonds:

- Durchsicht aller möglichen Fälle und bei Bedarf auch weiterer Indikatoren des Themengebietes,
- Fälle mit vermutetem Verbesserungspotential,
- Kriterien für die Auswahl: (1) Einbezug des Rückmeldebogens Kodierung, (2) Verlauf (Leistungen, Diagnosen, Verlegungen), (3) Vermutete Komplikationen, Re-Eingriffe/Interventionen, Intensivaufenthalte, (4) Verweildauer, (5) Alter,
- Fallmix (Patientengut der Abteilung soll widerspiegelt werden),
- maximal 6 Fälle je Peer.

In der ersten Phase der Selbstbewertung trifft das betroffene Krankenhaus alle organisatorischen Vorbereitungen und führt anhand der Analysekriterien zu jedem Fall eine Selbstbewertung durch. Die 2. Phase der Fremdbewertung findet vor Ort statt, dauert in etwa 8 Stunden und beinhaltet die Analyse 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, Bericht und Feedback, wird seitens des Peer-Review-Teams ein standardisiertes Protokoll erstellt und an alle Verantwortlichen übermittelt. Zur Weiterentwicklung des Verfahrens wird Feedback von allen Beteiligten eingeholt.

Nach Ablauf der Umsetzungsfrist des Maßnahmenplans werden im Maßnahmen-Monitoring der Umsetzungsgrad und die Umsetzungsdetails ermittelt.

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

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

Waren Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ präoperativ / intraoperativ / postoperativ</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diagnostische Maßnahme</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ konservative Therapie / Interventionen</li> </ul>
Wurde der Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ existieren Arbeitsdiagnosen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problemerkennung / Problemlösung zeitnah</li> </ul>

<b>Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?</b>
▪ Schnittstellenprobleme
▪ Komplikationsmanagement
▪ Management Risikopatient
<b>Wurden Behandlungsleitlinien / Standards berücksichtigt?</b>
▪ Einhaltung von Leitlinien oder begründete Abweichung
▪ erkennbare sinnvolle Therapiestandards
<b>Gab es Kontrollen der Behandlungsverläufe?</b>
▪ durch behandelnde Ärzte der Abteilung
▪ ärztliche Übergaben
▪ Oberarzt- / Primararztvisiten
▪ Konsiliarärzte
▪ Kooperation Pflege / therapeutische Teams
<b>War die interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?</b>
▪ am Behandlungsprozess beteiligte Abteilungen
▪ präoperativ / postoperativ
▪ prä- / postinterventionell
▪ Intensivmedizin / Konsiliardienste
<b>War die Dokumentation umfassend und schlüssig?</b>
▪ Aufklärung zur OP / Intervention
▪ Behandlungsverlauf
▪ Therapieentscheidungen
▪ OP-Bericht und Verlegungsberichte
▪ Konsile
▪ Therapiebegrenzungen
▪ Arztbrief inhaltlich logisch

Tabelle 5: Analysekriterien

## 2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse Version 2020 / Vergleich Deutschland und Schweiz

In diesem Kapitel werden die regulären Qualitätsindikatoren sowie jene aus den Zusatzauswertungen der Version 2020 mit Datenbasis 2017-2019 auf Bundesebene dargestellt. Zu den regulären Qualitätsindikatoren sind zum Vergleich auch Werte für Deutschland und die Schweiz. Weiters werden erstmals auch die Ergebnisse der Zusatzauswertungen und der Qualitätsregister auf Bundesebene präsentiert. In Kapitel 2.2 findet sich zum besseren Verständnis ein Lesebeispiel.

### 2.1 Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung

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

Spalte	Detail
Typ	Indikatorentyp: T=Todesfälle, I=Intensivhäufigkeit, K=Komplikationen, M=Mengen, O=Operationstechnik, V=Versorgung, Z=Zusatzinformationen
ZW/ZB	Herkunft des Zielwerts: EW=Erwartungswert, BD=Bundesdurchschnitt, SE=Sentinel, BM=Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
Ergebnis in % / Ö2019	Bundesdurchschnitt Österreich des Jahres 2019
Zähler	Anzahl aller Aufenthalte des untersuchten Krankheitsbildes, auf die der dazu festgelegte Indikator zutrifft (z.B. Anzahl Todesfälle) bzw. tatsächliche Mortalität
Nenner	Anzahl aller Aufenthalte des untersuchten Krankheitsbildes bzw. Anzahl an Betten bzw. erwartete Mortalität
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 JSP	Abgeschlossene Jahres-Schwerpunktthemen in denen Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurden
A-IQI 2018 / Ö2018	gesamt-österreichisches Ergebnis aus 2018
A-IQI 2017 / Ö2017	gesamt-österreichisches Ergebnis aus 2017
G-IQI	Bundesdurchschnitt Deutschland des Jahres 2017 (nur für reguläre QI verfügbar)



Spalte	Detail
CH-IQI	Bundesdurchschnitt Schweiz des Jahres 2018 (nur für reguläre QI verfügbar)
Fälle Register / DLD	Vergleich Fälle Register und Fälle in der DLD zum Vollzähligkeitsabgleich

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren-Ergebnisse, Erklärung einzelne Spalten

Die Spalten „Ergebnis in %“, „Zähler“, „Nenner“, „KA Anzahl“, „KA <10 Fälle“ sowie „KA auff.“ werden mit Daten des Jahres 2019 dargestellt. Zusätzlich ist das gesamt-österreichische Ergebnis, wenn möglich, auch mit Datenbasis 2017 und 2018 dargestellt. In die Berechnung gehen grundsätzlich alle österreichischen Akutkrankenanstalten ein. Vergleichszahlen aus Deutschland und der Schweiz stehen lediglich für die regulären A-IQI Indikatoren zur Verfügung, nicht jedoch für die Kennzahlen der Zusatzauswertungen und Qualitätsregister. (G-IQI: Nimptsch et al. 2020; CH-IQI: BAG 2020). 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.

Bei den Qualitätsregister-Auswertungen gibt es einen speziellen Indikator zur Vollzähligkeit in %. Hierbei werden die im Register dokumentierten Fälle (Fälle Register) mit den in der Diagnose und Leistungsdokumentation erfassten Aufenthalten (Fälle DLD) abgeglichen.

Details zu allen einzelnen regulären Qualitätsindikatoren sind in der „Indikatorenbeschreibung Version 2020“ nachzulesen. (Türk et al. 2020)  
Jene für die Zusatzauswertungen und die Qualitätsregister finden sich direkt im jeweiligen Kapitel.

## 2.2 Lesebeispiel Qualitätsindikator

	Typ	ZW	A-IQI 2020 / Ö 2019						bisherige JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
			Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.		Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018	
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>		<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)</b>														
14.10	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	3,6%	592	16.480	136	12	10		3,5%	3,4%	4,2%	3,4%

Tabelle 7: Lesebeispiel Qualitätsindikator

Der Indikator 14.10 HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle bezieht sich auf Todesfälle (1: Typ=T). Es handelt sich um Fälle mit Hauptdiagnose COPD (chronic obstructive pulmonary disease). Als Zielwert ist ein Erwartungswert (2) hinterlegt. Insgesamt wurden im Jahr 2019 in Österreich 16.480 Fälle (5) an 136 Krankenanstalten-Standorten (6) behandelt.

Von diesen sind 592 (4) innerhalb des Krankenhausaufenthaltes verstorben. Der bundesweit tatsächlich gemessene Istwert betrug im Jahr 2019 3,6% (3: Zähler/Nenner).

Der Bereich 14 wurde bisher noch nicht als Jahres-Schwerpunkt bearbeitet und abgeschlossen (9).

12 Krankenanstalten (7) verzeichneten weniger als 10 Fälle. 10 Krankenanstalten (8) liegen im Ergebnis in % (3) im statistisch signifikant auffälligen Bereich.

Der bundesweit tatsächlich gemessene Ist-Wert betrug im Jahr 2018 3,5% (10) und im Jahr 2017 3,4% (11). Im Vergleich dazu lag der deutsche Bundesdurchschnitt 2017 bei 4,2% (12) und jener der Schweiz im Jahr 2018 bei 3,4% (13).

## 2.3 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse – reguläre A-IQI Indikatoren

Reguläre A-IQI Indikatoren		A-IQI 2020 / Ö 2019							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017
<b>01 - Herzinfarkt</b>													
									x				
01.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	4,5%	785	17.541	131	31	11		5,1%	5,6%	8,2%	4,6%
01.11	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,0%	7	695	87	66	1		1,2%	1,4%	3,0%	1,6%
01.12	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,6%	101	6.435	109	26	8		2,0%	2,4%	4,0%	1,7%
01.13	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	4,6%	391	8.478	123	29	6		5,2%	5,8%	9,0%	4,7%
01.14	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	14,8%	286	1.933	112	43	4		15,9%	16,5%	17,2%	13,9%
01.20	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Linksherzkatheter	V	41,8%	7.339	17.541	131	31			42,2%	43,2%	24,9%	36,0%
01.21	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK (Erstbehandlung)	V	39,3%	5.243	13.348	124	28			39,7%	41,6%	21,5%	39,6%
01.22	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Fälle ohne LHK	V	50,0%	2.096	4.193	111	35			50,2%	48,3%	46,8%	23,9%
01.23	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK u./o. ohne Kor.OP.	V	39,2%	5.226	13.348	124	28			39,6%	41,5%	11,5%	39,2%
01.31	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Direktaufnahmen ohne Transfer, Anteil Todesfälle	T	8,4%	710	8.480	119	39			9,3%	9,9%	9,7%	6,5%
01.32	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T	1,8%	75	4.193	111	35			2,0%	2,6%	7,8%	3,1%
01.41	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil n.n.b. akute Infarktformen	V	0,8%	136	17.489	131	31			1,5%	21,0%	1,5%	1,7%
01.42	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil transmuraler Herzinfarkt	V	41,1%	7.184	17.489	131	31			41,9%	30,5%	31,9%	40,6%
01.43	Hauptdiagnose transmuraler Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,8%	491	7.184	125	38	7		8,1%	8,2%	11,8%	6,2%
01.44	Hauptdiagnose nichttransmuraler Herzinfarkt / NSTEMI (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	2,6%	269	10.169	121	28			2,6%	2,5%	5,8%	2,9%
01.50	Zusatzdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	15,8%	975	6.189	139	37			16,7%	18,2%	19,0%	14,0%
<b>02 - Herzinsuffizienz</b>													
02.10	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	8,6%	2.170	25.247	141	9	18		8,8%	9,3%	8,1%	7,9%
02.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,9%	5	175	61	58			5,3%	3,4%	1,9%	3,4%
02.12	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,7%	71	1.910	124	64	6		4,0%	3,1%	3,2%	2,6%
02.13	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,6%	886	13.500	138	9	15		6,5%	7,1%	6,6%	6,5%
02.14	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	12,5%	1.208	9.662	137	10	13		13,2%	14,0%	12,6%	10,8%
02.15	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Herzinsuffizienz n.n.bez.	V	44,1%	11.143	25.247	141	9			50,5%	49,1%		
02.20	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	8,5%	798	9.362	131	27	6		8,0%	9,0%		
02.21	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium I (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	4,6%	19	417	82	74	1		1,7%	1,5%		
02.22	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium II (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,3%	20	1.569	112	60	3		2,2%	2,3%		
02.23	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium III (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,5%	143	4.098	126	48	7		3,3%	3,3%		
02.24	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium IV (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	19,2%	609	3.175	119	45	7		18,0%	16,9%		
02.25	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium n.n.bez. (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,8%	7	103	8	7			9,8%	10,1%		
02.31	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium IV	V	33,9%	3.175	9.362	131	27			32,6%	24,1%	51,8%	56,3%
02.32	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium n.n.bez.	V	1,1%	103	9.362	131	27			1,9%	37,9%		
<b>03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter</b>													
									x				
03.10	Linksherzkatheter mit Koronardiagnostik/-intervention insgesamt (Alter > 19)	M			57.481	62	21			54.528	53.410		
03.20	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,5%	250	10.020	52	20	4		2,9%	3,2%	5,9%	2,2%
03.21	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,1%	5	458	33	17	1		0,7%	1,0%		
03.22	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,2%	50	4.118	40	12	1		1,6%	1,9%		
03.23	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,2%	154	4.822	45	14	2		3,7%	3,9%		
03.24	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,6%	41	622	35	12			8,4%	7,5%		
03.25	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), o. Herz-OP, Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T	1,3%	27	2.058	31	9			1,6%	2,8%	6,5%	
03.30	Diagnostischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,6%	191	31.626	55	18	4		0,6%	0,6%	1,2%	1,5%
03.31	Diagn. Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Zutransf., Anteil Todesfälle	T	1,5%	22	1.473	34	13			1,6%	1,0%	3,8%	
03.32	Diagn. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	0,4%	134	30.565	54	18			0,4%	0,4%	1,0%	1,2%
03.40	Therapeutischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,5%	208	13.855	47	12	4		1,5%	1,7%	1,5%	0,8%
03.41	Therap. Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Zutransf., Anteil Todesfälle	T	4,0%	28	699	32	16			3,8%	3,4%	4,5%	
03.42	Therap. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	1,2%	160	13.459	45	10			1,3%	1,3%	1,1%	0,8%
03.51	Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Anteil diagnostischer Katheter	V	69,5%	31.626	45.481	58	20			70,1%	70,6%	64,7%	54,9%
03.52	Linksherzkatheter bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M			293	18	14			250	233		
<b>04 - Herzrhythmusstörungen</b>													
04.10	Hauptdiagnose Herzrhythmusstörungen	M			39.235	145	18			38.408	37.247		
<b>05 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator</b>													
05.10	Schrittmacherversorgung insgesamt	M			10.400	82	15			10.298	10.087		

Reguläre A-IQI Indikatoren		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018
05.11	Defibrillatoren ohne Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M				1.435	46	15			1.553	1.425		
05.12	Defibrillatoren mit Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M				866	37	16			823	774		
05.13	Herzschrittmacher Einkammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M				1.778	72	24			1.964	1.910		
05.14	Herzschrittmacher Zweikammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M				5.900	78	13			5.537	5.575		
05.15	Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (Implantationen oder Wechsel)	M				458	39	28			445	431		
<b>06 - Ablative Therapie</b>														
06.10	Kathetergestützte ablativ Therapie	M				4.392	24				3.859	3.400		
06.20	Chirurgische ablativ Therapie	M				133	9	5			153	196		
06.30	Komplette elektrophysiologische Abklärungen	M				3.578	26	5			3.355	3.267		
<b>07 - Operationen am Herzen</b>														
07.10	Herzoperationen insgesamt	M				8.232	21	8		x	8.258	8.010		
07.11	Operationen der Herzklappen	M				5.024	15	2			4.870	4.659		
07.12	Operationen der Koronargefäße	M				3.209	12	2			3.493	3.431		
07.13	Andere Operationen am Herzen	M				1.213	18	7			1.196	1.322		
07.14	Kombinierte Herzoperationen	M				1.164	11				1.254	1.335		
07.15	Herzoperationen bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M				546	8	4			562	566		
07.16	Herzoperationen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		3,5%	272	7.686	20	8			4,1%	4,0%		
07.20	Chirurgischer Aortenklappenersatz (Alter > 19)	M				1.766	12	2			1.943	1.991		
07.21	Isolierter chir. Aortenklappenersatz oh. weitere Herzoperation (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (BD)		2,0%	17	846	11	1			2,0%	2,1%	2,2%	0,7%
07.22	Chirurgischer Aortenklappenersatz mit Mitralklappenersatz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		11,1%	14	126	11	4			9,7%	13,1%	16,1%	11,1%
07.23	Chir. Aortenklappenersatz mit anderem Eingriff am Herzen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		4,2%	33	794	10				4,9%	6,4%	6,8%	4,1%
07.31	Kathetergestützte Implantationen einer Aortenklappe, Anteil Todesfälle	T		2,4%	38	1.598	12	1			3,7%	3,7%	3,3%	2,7%
07.32	Kathetergestützte Implantationen einer Mitralklappe, Anteil Todesfälle	T		4,0%	10	248	12	4			2,1%	3,1%	3,6%	2,6%
07.41	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		5,3%	9	170	10	4			7,8%	5,6%	6,3%	2,6%
07.50	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,7%	36	2.080	12	2	3		2,6%	1,8%	2,0%	0,9%
07.51	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 20-49, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,3%	1	77	10	8			0,0%	0,0%	0,7%	1,3%
07.52	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 50-59, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,8%	3	396	10		2		0,9%	0,9%	0,9%	0,3%
07.53	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,8%	6	715	10		1		2,4%	1,3%	1,5%	0,9%
07.54	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,6%	20	770	11	1	1		3,7%	2,6%	2,5%	0,9%
07.55	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe >= 80, Anteil Todesfälle	T < (EW)		4,9%	6	122	12	6			3,9%	4,6%	4,3%	1,9%
07.61	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Beatmung > 2 Tage	K		27,4%	569	2.080	12	2			28,4%	29,6%		
07.62	Operationen nur an den Koronargefäßen (Alter > 19), Anteil mit Herzinfarkt	V		7,6%	170	2.250	12	2			7,3%	6,7%		
07.63	OP an den Koronargefäßen mit anderen Herzoperationen (Alter>19), Anteil Todesfälle	T		6,8%	65	959	10				6,6%	7,4%	9,3%	6,2%
<b>08 - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhaut</b>														
08.10	Hauptdiagnose bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhäute	M				3.796	114	66			4.495	6.730		
08.20	Operationen am Gehirn bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		2,4%	16	664	14	3			1,5%	2,9%	2,7%	1,5%
<b>09 - Schlaganfall</b>														
09.10	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		8,7%	2.154	24.776	140	33	12	x	9,0%	8,9%	8,5%	7,9%
09.11	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,8%	25	887	71	39	1		3,3%	3,8%	3,0%	2,7%
09.12	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,6%	200	5.597	114	60	3		4,1%	3,9%	3,8%	3,8%
09.13	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		7,8%	1.065	13.582	135	44	7		8,1%	7,8%	8,0%	7,3%
09.14	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)		18,3%	864	4.710	128	57	5		18,1%	18,6%	16,3%	14,5%
09.20	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		44,5%	11.025	24.776	140	33			51,7%	52,3%	41,3%	
09.21	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19) Direktaufnahmen, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		39,7%	8.344	21.024	138	35			47,5%	48,1%	33,8%	57,4%
09.22	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19) Zutransferierungen, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		71,5%	2.681	3.752	103	54			76,8%	78,0%	78,9%	56,9%
09.30	Stroke Unit, Anteil Nicht-Schlaganfälle auf Stroke Unit	V		19,6%	4.553	23.216	50	9			19,5%	19,7%		
09.40	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		6,3%	1.285	20.353	127	31	9		6,5%	6,2%	6,4%	5,4%
09.41	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,1%	6	555	57	30			1,4%	1,4%		
09.42	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,4%	57	4.194	97	48	2		1,7%	1,6%		
09.43	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		5,2%	599	11.519	125	41	9		5,5%	5,0%		
09.44	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)		15,3%	623	4.085	114	52	4		14,5%	14,9%		
09.51	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit systemischer Thrombolyse	V		13,3%	2.698	20.353	127	31			12,7%	12,6%	14,0%	11,8%
09.52	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) auf Stroke Unit, Anteil Fälle mit syst. Thrombolyse	V		21,0%	2.588	12.353	46	7			22,3%	22,2%		



Reguläre A-IQI Indikatoren		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018
09.53	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit systemischer Thrombolyse, Anteil Todesfälle	T		7,1%	192	2.698	54	14			7,2%	7,3%	7,4%	7,1%
09.54	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit intrakranieller Thrombektomie	V		4,8%	978	20.353	127	31			4,1%	3,2%	4,7%	6,8%
09.55	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit intrakranieller Thrombektomie, Anteil Todesfälle	T		12,2%	119	978	16	4			13,7%	10,7%	18,7%	12,5%
09.56	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Direktaufnahmen, Anteil Todesfälle	T		6,4%	1.127	17.532	126	35			6,6%	6,4%	6,1%	5,3%
09.57	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T		5,6%	158	2.821	92	45			6,0%	5,0%	7,8%	6,0%
09.60	Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		24,2%	697	2.884	118	67			23,8%	24,4%	22,8%	22,9%
09.70	Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		11,3%	170	1.506	112	73			10,8%	10,8%	13,5%	13,8%
09.81	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Schlaganfall n.n.b.	V		0,1%	33	24.776	140	33			0,3%	0,2%	1,0%	4,2%
09.82	Hauptdiagnose Schlaganfall nicht näher bezeichnet (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		6,1%	2	33	11	10			13,3%	2,3%	9,9%	5,9%
<b>10 - Transitorisch ischämische Attacke (TIA)</b>														
10.10	Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA), Anteil Todesfälle	T = (SE)		0,2%	15	7.346	131	53	11		0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
10.20	Hauptdiagnose TIA, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		60,9%	4.471	7.346	131	53			62,0%	64,1%	36,6%	64,2%
10.30	Hauptdiagnose TIA, Anteil Fälle ohne CT/MR-Untersuchung am Aufnahmetag	V < (BD)		21,4%	1.575	7.346	131	53	16		22,7%	22,4%		
<b>11 - Epilepsie</b>														
11.10	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter > 19	M				10.147	134	43			10.323	10.739		
11.20	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter < 20	M				3.944	77	38			4.054	4.052		
<b>12 - Multiple Sklerose</b>														
12.10	Hauptdiagnose Multiple Sklerose	M				3.792	118	72			3.843	4.176		
<b>13 - Lungenentzündung (Pneumonie)</b>														
13.10	Pneumonie ambulant und im stationären Aufenthalt erworben, Anteil Todesfälle	T < (EW)		11,2%	6.279	55.915	160	15	20	x	11,7%	12,2%		
13.11	Pneumonie ambulant erworben (community-acquired pneumonia), Anteil Todesfälle	T < (EW)		10,7%	5.528	51.808	159	17	17		11,3%	11,6%		
13.12	Pneumonie im stat. Aufenthalt erworben (hospital-acquired pneumonia), Anteil Todesfälle	T < (EW)		18,2%	765	4.202	137	46	10		17,9%	16,8%		
13.13	Pneumonie, Anteil im stationären Aufenthalt erworben	V		7,5%	4.202	55.915	160	15			7,0%	10,4%		
13.20	Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle	T < (EW)		9,8%	3.940	40.106	149	16	22		10,1%	10,1%	11,3%	5,2%
13.21	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe < 20, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,1%	3	2.914	89	47	2		0,2%	0,3%	0,2%	0,4%
13.22	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,3%	27	2.138	124	42	7		1,4%	1,4%	1,6%	0,5%
13.23	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)		4,0%	231	5.825	138	27	7		4,6%	4,0%	5,7%	2,3%
13.24	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		9,5%	1.751	18.514	144	17	14		9,7%	9,7%	12,3%	5,2%
13.25	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)		18,0%	1.928	10.715	140	16	15		18,5%	17,7%	20,3%	10,1%
13.30	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter > 19, Anteil Todesfälle	T < (EW)		8,7%	2.704	30.932	147	18	20		9,2%	9,1%	9,7%	3,9%
13.31	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,8%	16	1.949	122	46	4		1,0%	1,0%	0,8%	0,1%
13.32	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,6%	127	4.903	136	26	8		3,0%	2,4%	3,1%	0,9%
13.33	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		7,5%	1.133	15.076	143	19	14		7,8%	7,6%	8,9%	3,3%
13.34	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe >=85, Anteil Todesfälle	T < (EW)		15,9%	1.428	9.004	138	19	13		16,7%	15,9%	17,4%	8,2%
13.40	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter < 20, Anteil Todesfälle	T		0,0%	1	2.419	87	45			0,1%	0,3%	0,2%	0,2%
13.50	Hauptdiagnose Aspirationspneumonie, Anteil Todesfälle	T		28,9%	777	2.690	129	49			29,9%	29,5%	27,3%	17,3%
<b>14 - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</b>														
14.10	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,6%	592	16.480	136	12	10		3,5%	3,4%	4,2%	3,4%
14.11	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=70%, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,8%	35	1.236	121	85	2		2,69%	3,76%	1,4%	2,8%
14.12	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=50% und <70%, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,0%	34	3.313	129	42	7		1,45%	0,89%	1,0%	1,8%
14.13	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=35% und <50%, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,4%	116	4.855	129	31	7		2,56%	2,05%	1,8%	2,7%
14.14	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 <35%, Anteil Todesfälle	T < (EW)		5,8%	406	7.018	132	37	8		5,41%	5,24%	5,0%	5,4%
14.15	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 n.n.bez., Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,7%	1	58	19	19			2,03%	3,15%	6,6%	3,4%
14.21	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=70%	V		7,5%	1.236	16.480	136	12			9,6%	2,6%		
14.22	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 n.n.bez.	V < (BD)		0,4%	58	16.480	136	12	9		3,5%	55,1%	31,0%	20,5%
<b>15 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)</b>														
15.10	Resektionen von Lunge oder Bronchien, Anteil Todesfälle	T		1,5%	38	2.556	44	23		x	1,3%	1,6%	3,0%	2,0%
15.21	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T		1,2%	15	1.283	28	11			1,2%	1,3%		
15.22	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)		2,8%	36	1.283	28	11			3,8%	3,8%		
15.23	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Pneumektomien	O < (BD)		5,5%	71	1.283	28	11	2		7,0%	7,8%	6,7%	4,6%
15.31	Pneumektomien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T		9,9%	7	71	14	12			5,4%	8,6%	11,8%	5,1%

Reguläre A-IQI Indikatoren		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018
15.32	Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,7%	8	1.211	28	11	1		0,9%	0,7%		
15.33	Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Lobektomien	V		80,3%	972	1.211	28	11			77,3%	77,2%		
15.34	Teilresektionen der Lunge (ohne Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,4%	1	239	26	14	1		0,0%	1,4%	2,7%	1,9%
15.35	Lobektomien der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,7%	7	972	22	7	1		1,2%	0,5%		
15.41	Resektionen von Lunge / Bronchien b. sek. bösartiger Neubildung der Lunge, Anteil Todesfälle	T		0,3%	1	337	30	19			0,7%	0,7%		
15.42	Resektionen von Lunge / Bronchien b. entzündlichen Erkrankungen d. Lunge, Anteil Todesfälle	T		4,4%	11	250	27	20			3,4%	3,8%		
15.50	Pleurektomie, Anteil Todesfälle	T		5,4%	30	553	33	22			3,5%	4,6%	7,8%	4,7%
15.51	Pleurektomie bei malignen Erkrankungen, Anteil Todesfälle	T		14,9%	14	94	20	17			4,2%	13,6%		
15.60	Pleuraempyem (ohne Wegtransferierungen), Anteil operative Versorgung	V		38,4%	267	696	100	84			37,9%	36,4%		
<b>16 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen/Cholezystitis (Cholezystektomie)</b>										x				
16.10	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil offene Operationen	O	< (BD)	6,3%	1.024	16.200	122	12	13		6,6%	7,0%	5,9%	3,1%
16.20	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,4%	69	16.200	122	12	6		0,4%	0,4%	0,5%	0,2%
16.30	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	1,2%	194	16.200	122	12	7		1,2%	1,2%		
16.40	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,2%	26	15.176	121	11	21		0,1%	0,1%		
16.50	Laparoskopische Cholezystektomien o. Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	1,6%	240	15.176	121	11	14		1,4%	1,3%		
16.60	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger	K	< (BD)	1,4%	215	15.391	121	11	16		1,3%	2,0%	3,4%	
16.70	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil ERCP nach OP-Tag	K	< (BD)	1,2%	186	15.176	121	11	12		1,1%	1,2%		
<b>17 - Operationen von Hernien</b>										x				
17.10	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		67,3%	20.090	29.846	128	7			67,6%	68,2%		
17.11	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		49,1%	9.860	20.064	127	7			50,8%	52,9%		
17.12	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		89,6%	3.141	3.504	115	23			88,4%	87,3%		
17.20	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,1%	19	29.846	128	7	17		0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
17.21	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		0,0%	10	20.064	127	7			0,0%	0,1%		
17.22	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		0,1%	3	3.504	115	23			0,1%	0,2%		
17.30	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	0,6%	167	29.846	128	7	15		0,5%	0,6%		
17.31	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I		0,3%	54	20.064	127	7			0,2%	0,3%		
17.32	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I		2,2%	78	3.504	115	23			2,1%	2,6%		
17.40	Hernien-Operationen ohne Darmoperation bei Kindern	M				966	51	32			964	954		
17.50	Hernien-Operationen mit Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		5,3%	13	243	75	71			6,6%	4,9%	1,7%	3,8%
<b>18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)</b>										x				
18.10	Haupt- / Zusatzdiagnose Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	M				11.458	156	32			12.424	13.693		
18.20	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	5,8%	505	8.688	124	24	11		6,3%	6,6%	7,5%	4,1%
18.31	Kolonresektionen bei Karzinom ohne komplizierende Diagnose, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	3,3%	84	2.547	111	32	4		3,3%	3,9%	4,2%	2,3%
18.32	Kolonresektionen b. Karzinom o. kompl. Diagnose, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	9,6%	245	2.547	111	32	4		9,3%	10,4%		
18.33	Kolonresektionen bei Karzinom mit komplizierender Diagnose, Anteil Todesfälle	T		11,9%	39	327	84	80			15,5%	14,2%	12,2%	7,9%
18.41	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	2,4%	23	961	87	52	1		2,3%	2,2%	3,6%	1,9%
18.42	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Rektumexstirpation	O		20,5%	197	961	87	52			21,7%	21,8%		
18.51	Kolorektale Res. b. Divertikel o. Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,5%	4	819	95	68	2		0,5%	0,7%	0,9%	0,2%
18.52	Kolorektale Res. b. Divertikel mit Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T		3,5%	34	960	102	59			5,0%	4,8%	4,9%	3,0%
18.53	Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Anteil Todesfälle	T		39,5%	79	200	64	62			44,2%	41,8%	44,7%	33,2%
18.54	Kolorektale Resektionen bei Colitis oder Crohn, Anteil Todesfälle	T		2,1%	8	376	68	57			2,0%	1,0%	2,8%	0,4%
18.55	Kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		9,4%	234	2.498	120	48			9,4%	10,1%	8,5%	5,3%
18.60	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	1,4%	148	10.649	113	14	14		1,1%	1,3%		
<b>19 - Magenoperationen</b>										x				
19.10	Hauptdiagnose Ulcus von Magen, Duodenum oder Jejunum (ohne Tumor), Anteil Todesfälle	T		3,4%	135	3.977	135	38			3,3%	3,4%	4,3%	4,2%
19.20	Magenresektionen insgesamt	M				1.394	99	52			1.369	1.327		
19.21	Magenresektionen ohne Ösophaguseingriff bei Magenkarzinom, Anteil Todesfälle	T		3,9%	25	646	87	66			5,8%	3,6%	6,4%	5,7%
19.22	Magenresektionen o.Ösophaguseingr.b.Magenkarzinom, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	11,6%	75	646	87	66	2		10,6%	11,8%		
19.23	Magenresektionen kombiniert mit komplexem Eingriff am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T		6,9%	2	29	15	15			12,9%	11,4%	13,2%	2,5%
19.24	Partielle und totale Magenresektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		13,4%	96	719	93	69			14,8%	13,8%	6,0%	0,6%
19.30	Adipositas-Chirurgie, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,1%	3	2.765	40	8	3		0,1%	0,2%	0,2%	0,0%
19.31	Adipositas-Chirurgie, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	3,0%	84	2.765	40	8	2		2,5%	3,1%		



Reguläre A-IQI Indikatoren		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018
<b>20 - Große Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus)</b>														
20.10	Komplexe Eingriffe am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T		3,9%	16	411	38	29			4,5%	5,0%	9,7%	2,3%
<b>21 - Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber</b>														
21.10	Pankreaseingriffe insgesamt (Alter > 19, ohne Transplantationen), Anteil Todesfälle	T		7,1%	79	1.109	59	31			5,9%	7,3%	9,4%	7,2%
21.11	Pankreasresektionen bei bösartiger Neubildung des Pankreas (Alter > 19, inkl. IPMN), Anteil Todesfälle	T		6,7%	46	689	42	18			5,1%	5,6%	7,7%	6,6%
21.12	Andere lokale oder kleinere Eingriffe am Pankreas, Anteil Todesfälle	T		9,7%	14	144	36	33			10,2%	14,5%	14,8%	
21.21	Anatomische Leberresektionen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		4,8%	32	667	39	22			4,4%	6,1%	6,4%	
<b>22 - Eingriffe an der Schilddrüse</b>														
22.10	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Todesfälle	T = (SE)		0,2%	13	7.434	93	19	10		0,1%	0,0%		
22.11	Resektionen der Schilddrüse bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,6%	5	856	76	48			0,0%	0,1%		
22.12	Resektionen der Schilddrüse bei gutartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,0%	3	6.505	91	21			0,1%	0,0%		
22.20	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Beatmung > 1 Tag	K		1,0%	75	7.434	93	19			1,1%	1,0%		
22.30	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < (BD)		0,9%	69	7.434	93	19	9		0,9%	0,9%		
22.40	Radiojodtherapien	M				1.133	10	2			1.181	1.266		
<b>23 - Eingriffe an den Tonsillen</b>														
23.10	Tonsillektomien und Tonsillotomien, Anteil Todesfälle	T = (SE)		0,0%	1	10.732	66	8	1		0,0%	0,0%		
<b>24 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien</b>														
24.10	Extrakranielle Gefäßoperationen an der A. carotis, Anteil Todesfälle	T < (BD)		0,7%	16	2.431	40	5	3	x	0,6%	0,4%	0,9%	
24.20	Perkutane Stentimplantationen in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle	T < (BD)		1,1%	4	374	33	21	1		1,5%	0,8%	1,4%	4,2%
24.30	Extrakranielle Gefäßoperationen bei Herz-/Gefäßoperation, Trauma oder HNO-Tumor	M				192	20	12			180	167		
24.40	Intrakranielle perkutan-transluminale Gefäßinterventionen	M				1.238	16	4			1.168	928		
<b>25 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)</b>														
25.10	Eingriffe an der Aorta insgesamt	M				2.285	40	14		x	2.164	2.075		
25.20	Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene und endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T < (BD)		3,2%	44	1.356	34	13	1		3,7%	2,7%		
25.21	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene Eingriffe, Anteil Todesfälle	T < (BD)		6,5%	17	261	24	14			4,8%	4,5%	6,1%	3,7%
25.22	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T < (BD)		1,8%	9	504	31	12	2		1,8%	1,0%	1,2%	0,6%
25.23	Thorak. / thorakoabd. Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Ingr., Anteil Todesfälle	T < (BD)		3,2%	22	690	20	8	1		4,7%	3,6%		
25.30	Aortendissektion, Anteil Todesfälle	T		13,3%	129	969	115	93			13,0%	10,8%		
25.40	Aortenaneurysma rupturiert, Anteil Todesfälle	T		34,7%	147	424	78	63			34,2%	27,4%	39,2%	39,4%
25.41	Aortenaneurysma rupturiert mit Operation, Anteil Todesfälle	T		30,4%	45	148	22	15			29,1%	23,2%	33,5%	29,4%
<b>26 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien</b>														
26.11	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Todesfälle	T < (BD)		3,1%	120	3.910	61	16	4	x	3,1%	3,0%	5,9%	4,3%
26.12	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil mit Amputation untere Extremität	V		3,1%	122	3.910	61	16			2,9%	3,2%		
<b>27 - Amputationen</b>														
27.10	Amputationen im Fußbereich, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T		2,6%	73	2.827	125	51		x	1,9%	2,8%	3,2%	2,3%
27.21	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T < (BD)		13,1%	197	1.505	114	67	4		13,7%	14,1%	16,1%	10,7%
27.22	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil mit Becken-Bein-OP oder PTA	V		18,9%	285	1.505	114	67			18,5%	16,6%		
<b>28 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA, stationär)</b>														
28.10	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil Todesfälle	T < (BD)		1,1%	144	12.553	76	16	3	x	1,3%	1,3%	2,4%	
28.11	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil mit Becken-Bein-OP	V		6,4%	798	12.553	76	16			6,6%	6,2%		
28.12	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA u. Stent, o. Aorta), Anteil m. Amputation unt. Extremität	V		1,8%	221	12.553	76	16			1,7%	1,6%		
<b>29 - Geburten</b>														
29.10	Geburten, Anteil Todesfälle der Mutter	T = (SE)		0,004%	3	83.359	81	1	3		0,005%	0,002%	0,003%	0,005%
29.20	Vaginale Geburten, Anteil Dammriss 3. und 4. Grades	K		2,1%	1.217	58.148	81	1			2,0%	2,0%	2,0%	2,9%
29.30	Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectorate)	O		30,3%	25.217	83.359	81	1			29,4%	29,7%	31,3%	31,8%
29.31	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter < 35	O		28,0%	17.757	63.470	81	1			27,1%	27,5%		
29.32	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter >= 35	O		37,5%	7.460	19.889	81	1			37,2%	37,5%		

Reguläre A-IQI Indikatoren		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018
<b>30 - Stationär aufgenommene Neugeborene</b>														
30.10	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter	M				5.430	50	6			5.547	5.875		
30.11	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter, Zutransferierungen	M				728	28	16			641	519		
30.12	Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht oder extremer Unreife	M				479	29	17			579	601		
<b>31 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)</b>														
31.11	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil Todesfälle	T = (SE)		0,027%	2	7.285	94	8	2	x	0,014%	0,000%	0,03%	0,052%
31.12	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)		0,5%	36	7.285	94	8	8		0,5%	0,5%		
31.21	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil abdominale Operationen	O < (BD)		15,1%	1.100	7.284	94	8	17		15,5%	15,5%		
31.22	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil laparoskopische Operationen	O		38,0%	2.768	7.284	94	8			35,1%	31,9%		
31.23	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil vaginale Operationen	O		46,9%	3.416	7.284	94	8			49,4%	52,7%		
31.24	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (o. suprazerv. OP), Anteil abdominale Operationen	O < (BD)		17,1%	1.100	6.447	94	10	18		17,4%	17,2%		
31.25	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne Plastik), Anteil abdominale Operationen	O < (BD)		21,6%	1.076	4.973	92	6	19		22,4%	22,4%	12,5%	14,2%
<b>32 - Entfernung von Ovarien und/oder Gebärmutter bei bösartiger Neubildung</b>														
32.10	Ovariectomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		1,0%	6	579	66	48			2,0%	1,7%	2,5%	0,8%
32.20	Hysterektomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,4%	6	1.407	88	37			0,4%	0,3%	0,7%	0,3%
<b>33 - Eingriffe an der Brust</b>														
33.10	Eingriffe an der Brust (Mammaresektionen und -plastiken)	M				16.065	110	23			14.702	14.572		
33.11	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil nicht-brusterhaltend	O		25,4%	2.038	8.038	87	13			25,1%	25,9%	29,0%	26,3%
<b>34 - Eingriffe am Beckenboden</b>														
34.10	Suspensionsoperationen und Plastiken im Bereich des Beckenbodens insgesamt	M				3.981	97	11			4.040	3.858		
34.11	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Genitalprolaps	M				3.768	96	13			3.799	3.644		
34.12	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Inkontinenz	M				129	36	33			159	137		
34.13	Suspensionsoperationen und Plastiken bei anderer Diagnose	M				84	35	33			82	77		
<b>35 - Hüftgelenkersatz</b>														
35.10	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Todesfälle	T = (SE)		0,1%	10	17.631	108	9	10		0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
35.20	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Schenkelhals- u. pertroch. Fraktur, Anteil Todesfälle	T		3,7%	172	4.630	100	24			3,0%	3,4%	5,5%	3,3%
35.30	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T		4,8%	51	1.072	107	65			4,8%	4,9%	4,7%	3,5%
35.40	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)		1,1%	193	17.631	108	9	13		1,3%	1,1%		
<b>36 - Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese</b>														
36.10	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T = (SE)		2,7%	71	2.671	105	36	41	x	2,4%	2,5%		
36.11	Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T		1,1%	15	1.319	99	56			0,6%	0,6%	1,0%	0,5%
36.12	Hüft-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T		3,4%	28	817	88	59			3,1%	3,5%	4,1%	2,6%
36.21	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V		24,5%	654	2.671	105	36			23,4%	20,6%		
36.22	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V		10,4%	278	2.671	105	36			9,4%	8,5%		
36.23	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Bruch	V		3,0%	81	2.671	105	36			2,8%	3,4%		
36.24	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Lockerung	V		28,9%	773	2.671	105	36			31,1%	33,8%		
36.25	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Periprothetische Fraktur	V		15,9%	426	2.671	105	36			15,3%	15,5%		
36.26	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Materialabrieb	V		7,2%	191	2.671	105	36			8,7%	10,3%		
36.27	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V		3,4%	90	2.671	105	36			2,9%	2,4%		
<b>37 - Kniegelenkersatz</b>														
37.10	Knie-Endoprothesen-Erstimpl. b. Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle	T = (SE)		0,05%	9	19.791	105	9	9		0,03%	0,04%	0,07%	0,04%
37.20	Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T = (SE)		0,6%	5	825	98	71	5		0,3%	0,2%	0,3%	0,0%
<b>38 - Wechsel einer Kniegelenkendoprothese</b>														
38.10	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T = (SE)		1,2%	25	2.149	99	42	17		1,1%	0,9%		
38.11	Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T		0,4%	4	1.106	91	57			0,2%	0,2%	0,2%	0,3%
38.12	Knie-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T		1,8%	10	568	82	62			2,1%	2,3%	1,9%	1,1%
38.21	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V		29,5%	633	2.149	99	42			28,9%	26,0%		
38.22	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V		6,6%	142	2.149	99	42			5,8%	5,6%		
38.23	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Bruch	V		3,1%	66	2.149	99	42			2,6%	2,4%		

Reguläre A-IQI Indikatoren		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018
38.24	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Lockerung	V		24,7%	530	2.149	99	42			25,9%	30,1%		
38.25	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Materialabrieb	V		5,5%	118	2.149	99	42			6,2%	5,8%		
38.26	Knie-Endoprothesen-Revisionen insg., Anteil Revisionsgrund Schmerzen unkl. Genese	V		4,9%	106	2.149	99	42			5,1%	4,3%		
38.27	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V		7,3%	156	2.149	99	42			7,3%	5,8%		
<b>39 - Hüft- oder Kniegelenkersatz Spezialfälle</b>														
39.10	Hüft- oder Knie-Endoprothese bei Tumor, Anteil Todesfälle	T		4,6%	25	538	81	66			5,8%	5,5%	6,3%	2,2%
39.20	Hüft- und Knie-Endoprothese kombiniert, Anteil Todesfälle	T		2,6%	1	38	25	25			0,0%	0,0%	3,7%	0,0%
<b>40 - Hüftgelenknahe Frakturen</b>														
										x				
40.10	Hüftgelenknahe Fraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,5%	534	15.043	140	34	8		3,5%	3,5%		
40.11	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,8%	9	1.192	103	60	3		0,7%	0,6%		
40.12	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,3%	20	1.549	113	57	3		1,0%	1,3%		
40.13	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,1%	79	3.831	126	44	5		2,3%	1,9%		
40.14	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,0%	76	2.513	114	37	3		3,0%	3,6%		
40.15	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,8%	117	3.112	112	32	2		3,9%	4,4%		
40.16	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < (EW)		8,2%	233	2.846	116	39	2		7,9%	7,3%		
40.20	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,5%	277	7.993	136	38	5		3,2%	3,4%	5,2%	3,4%
40.21	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,3%	2	775	100	74	1		0,6%	0,5%	0,8%	0,0%
40.22	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,3%	12	947	106	68	2		0,4%	0,7%	1,6%	0,2%
40.23	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,1%	46	2.232	121	47	5		1,9%	1,8%	2,9%	1,6%
40.24	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,1%	41	1.316	110	59	2		3,0%	3,7%	4,8%	2,4%
40.25	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,9%	57	1.461	104	45	2		4,0%	4,4%	7,4%	4,4%
40.26	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < (EW)		9,4%	119	1.262	113	64	3		8,5%	8,8%	10,7%	8,6%
40.31	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Totalendoprothese	V		15,4%	1.230	7.993	136	38			14,5%	14,6%		
40.32	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Teilendoprothese	V		47,0%	3.760	7.993	136	38			48,2%	47,5%		
40.33	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Osteosynthese	V		20,7%	1.656	7.993	136	38			21,7%	22,1%		
40.40	Petrochantäre Fraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,6%	257	7.050	125	35	6		3,9%	3,7%	5,2%	3,5%
40.41	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,7%	7	417	77	62	1		0,7%	0,7%		
40.42	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,3%	8	602	90	67	1		1,7%	2,3%		
40.43	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,1%	33	1.599	110	53	1		2,8%	1,9%		
40.44	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,9%	35	1.197	103	51	1		3,1%	3,5%		
40.45	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,6%	60	1.651	104	43	4		3,7%	4,4%		
40.46	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < (EW)		7,2%	114	1.584	103	49	5		7,4%	6,3%		
40.51	Hüftgelenknahe Fraktur m. Prothese / Osteosynthese, Anteil präop. VWD >= 2 Tage	V < (BD)		22,8%	2.842	12.455	111	24	19		23,4%	23,7%		
40.52	Hüftgelenknahe Fraktur m. Prothese oder Osteosynthese, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)		4,5%	563	12.455	111	24	10		4,6%	4,7%		
<b>41 - Operationen der Wirbelsäule und des Rückenmarks</b>														
41.10	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark insgesamt	M				20.670	90	18			20.750	20.310		
41.11	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark, Anteil Todesfälle	T		0,4%	82	20.670	90	18			0,4%	0,3%		
41.12	Operationen an der Wirbelsäule und am RM (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T = (SE)		0,2%	29	17.784	76	19	14		0,1%	0,1%		
41.13	Operationen am Rückenmark/Spinalkanal	M				768	42	25			761	788		
41.21	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Tumor (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle	T		3,9%	9	228	38	32			5,2%	6,4%	7,0%	5,6%
41.22	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Trauma (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle	T		1,8%	32	1.750	67	29			2,3%	1,7%	3,0%	1,7%
41.23	Wirbelsäulen-OP bei Diszitis oder Osteomyelitis der Wirbelsäule, Anteil Todesfälle	T		4,8%	8	166	28	22			2,2%	3,3%	7,2%	6,7%
41.24	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		1,1%	4	369	29	17			0,8%	0,7%	0,3%	0,2%
41.31	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 1 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,1%	4	3.903	62	21			0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
41.32	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 2 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,0%		851	34	15			0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
41.33	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, ab 3 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,3%	1	327	28	15			0,3%	0,3%	0,7%	0,3%
41.41	Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,0%		1.357	33	20			0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
41.42	Alleinige Dekompression der Wirbelsäule ohne weitere WS-Eingriffe, Anteil Todesfälle	T		0,1%	5	9.905	55	7			0,1%	0,1%		0,1%
41.43	Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, kompl. WS-OP), Anteil Todesfälle	T		0,2%	2	1.030	66	34			0,2%	0,4%	0,4%	0,3%
41.50	Andere OP an der Wirbelsäule oder am Rückenmark, Anteil Todesfälle	T		1,6%	18	1.130	56	33			1,5%	1,2%	1,3%	0,8%
<b>42 - Schwere Mehrfachverletzungen</b>														
42.10	Schwere Mehrfachverletzungen	M				2.110	108	60			2.044	1.936		



Reguläre A-IQI Indikatoren		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018
<b>43 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)</b>										x				
43.10	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,6%	4	699	49	21	2		0,7%	1,5%	1,9%	1,1%
43.20	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O		34,5%	241	699	49	21			38,6%	42,1%	71,4%	64,0%
43.30	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,2%	2	940	43	14	2		0,1%	0,4%	0,5%	0,0%
43.40	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O		37,9%	356	940	43	14			43,7%	48,1%	68,1%	40,6%
43.50	Nephrektomien u. part. Nephrektomien b. bösart. Neub. d. Niere, Anteil totale Nephrektomien	O		42,6%	699	1.639	50	15			43,1%	46,7%	58,7%	60,8%
43.60	Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		3,1%	18	582	48	27			3,1%	3,3%	4,1%	0,7%
43.70	Partielle Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		0,0%		286	42	32			0,5%	0,5%	0,6%	0,0%
43.80	Nephrektomien und partielle Nephrektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	4,5%	112	2.507	57	19	3		5,2%	5,7%		
<b>44 - Eingriffe an der Harnblase</b>										x				
44.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,4%	37	9.136	63	10	2		0,6%	0,4%		
44.11	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase bei Malignom	M				8.097	61	8			7.723	7.627		
44.12	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	1,1%	99	9.136	63	10	4		1,1%	0,9%		
44.20	Zystektomien, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	4,8%	23	483	38	18	1		3,1%	2,8%	4,9%	3,5%
44.30	Zystektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	18,8%	91	483	38	18			13,9%	17,3%		
<b>45 - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)</b>										x				
45.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,2%	13	7.178	58	5	11		0,2%	0,3%	0,4%	
45.20	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei bösartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T		0,7%	8	1.117	56	25			0,8%	0,7%	0,9%	0,0%
45.30	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei gutartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T		0,1%	5	6.061	56	4			0,1%	0,2%	0,2%	0,3%
45.40	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,4%	30	7.178	58	5	4		0,3%	0,4%		
<b>46 - Radikalentfernung der Prostata</b>										x				
46.10	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,0%	1	3.274	50	9	1		0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
46.20	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil offene Operationen	O		37,0%	1.210	3.274	50	9			39,1%	46,1%		
46.30	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	1,2%	40	3.274	50	9	4		1,6%	1,6%		
<b>47 - Nierensteine</b>										x				
47.10	Hauptdiagnose Nierensteine	M				20.709	127	31			20.923	20.442		
47.20	Hauptdiagnose Nierensteine, Anteil Interventionen zur Steinentfernung	V		48,3%	10.011	20.709	127	31			46,8%	47,9%	52,1%	49,8%
<b>48 - Hautkrankheiten</b>														
48.10	Hauptdiagnose Dermatitis und Ekzem	M				2.421	128	93			2.417	3.846		
48.20	Hauptdiagnose Psoriasis	M				596	75	61			717	1.186		
<b>49 - Intensivbetreuung und Beatmung</b>										x				
49.11	Intensivaufenthalte (Alter > 14, SAPS 3 <= 36), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,5%	71	14.637	110	16	10		0,4%	0,5%		
49.12	Intensivaufenthalte (Alter > 14, 36 < SAPS 3 <= 45), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	2,3%	370	16.003	110	10	9		2,4%	2,4%		
49.13	Intensivaufenthalte (Alter > 14, 45 < SAPS 3 <= 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	8,0%	1.197	14.956	115	13	15		7,5%	7,6%		
49.14	Intensivaufenthalte (Alter > 14, SAPS 3 > 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	32,3%	6.016	18.637	116	17	17		33,5%	33,2%		
49.21	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, SAPS 3 <= 44), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	5,0%	185	3.733	101	43	7		5,0%	4,8%		
49.22	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, 44 < SAPS 3 <= 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	14,3%	630	4.403	108	28	8		13,3%	12,5%		
49.23	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, 55 < SAPS 3 <= 67), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	25,9%	1.126	4.353	107	22	8		26,3%	24,5%		
49.24	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, SAPS 3 > 67), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	43,5%	1.864	4.286	102	23	8		45,3%	44,3%		
49.31	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil ungeplante Wiederaufnahmen auf Intensivseinheiten	K	< (BD)	4,1%	2.611	64.233	117	8	17		3,9%	4,0%		
49.32	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Todesfall nach Aufhalten auf Intensivseinheiten	T	< (BD)	2,7%	1.732	64.233	117	8	23		2,7%	2,8%		
49.33	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Wegtransferierungen	V		8,9%	5.747	64.233	117	8			8,5%	8,4%		
<b>50 - Transplantationen</b>														
50.10	Herz-Lungen-Transplantationen	M					0							
50.20	Herztransplantationen	M				62	3	1			67	58		
50.30	Lungentransplantationen	M				97	2	1			107	124		
50.40	Lebertransplantationen	M				149	3				170	158		
50.50	Pankreastransplantationen	M				15	3	2			19	22		
50.60	Nierentransplantationen	M				380	5	1			411	436		
50.70	Stammzelltransplantationen autolog	M				352	14	6			358	323		

Reguläre A-IQI Indikatoren		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2018	Ö 2017	D 2017	CH 2018
50.80	Stammzelltransplantationen allogren	M				211	5				239	223		
<b>51 - Kurze Intensivverweildauer</b>														
51.10	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		2,1%	321	15.176	121	11			1,9%	1,9%		
51.20	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,3%	386	29.846	128	7			1,2%	1,1%		
51.30	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,3%	137	10.649	113	14			1,2%	1,2%		
51.40	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		2,2%	162	7.434	93	19			2,5%	2,4%		
<b>52 - Sentinel</b>														
52.10	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,1%	247	236.186	160	11	11		0,1%	0,1%		
52.20	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Wegtransferierungen	V	< (BD)	0,9%	907	102.305	147	12	15		0,9%	0,9%		
<b>53 - Wegtransferierungsraten</b>														
53.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		38,4%	6.428	16.756	129	31			37,7%	38,0%	18,1%	26,9%
53.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		3,8%	884	23.077	139	7			3,7%	4,1%	5,4%	5,6%
53.12	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Wegtransferierungen	V		37,1%	3.626	9.770	52	20			35,4%	35,7%	12,5%	21,4%
53.13	Diagnostischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		5,2%	1.638	31.435	55	19			5,7%	5,8%	5,2%	6,9%
53.14	Isolierter chirurgischer Aortenklappenersatz ohne weitere Herzoperation, Anteil Wegtransferierungen	V		21,5%	178	829	11	1			20,6%	21,3%	21,7%	3,9%
53.15	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		32,9%	53	161	10	4			28,3%	35,1%	33,6%	4,3%
53.16	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		25,0%	510	2.044	12	2			22,7%	22,7%	25,3%	1,7%
53.17	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		23,1%	5.222	22.622	138	33			22,4%	21,4%	15,7%	18,0%
53.18	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		20,8%	3.966	19.068	126	30			19,8%	18,9%	13,1%	14,4%
53.19	Hauptdiagnose Pneumonie o. Zutransfer/Tumor/Mukovisz., Alter > 19, Anteil Wegtransferierungen	V		3,7%	1.036	28.228	146	17			3,6%	3,3%	5,0%	3,4%
53.20	HD Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, o. Tumor, Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		3,8%	610	15.888	136	12			4,1%	3,4%	4,7%	3,0%
53.21	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Wegtransferierungen	V		4,9%	398	8.183	122	22			4,7%	4,4%	4,1%	2,2%
53.22	Abdominales Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Ingr., Anteil Wegtransferierungen	V		4,2%	31	739	33	13			4,7%	4,7%	3,0%	2,3%
53.23	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Wegtransferierungen	V		6,4%	241	3.790	60	15			6,1%	5,4%	4,6%	4,2%
53.24	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Wegtransferierungen	V		5,1%	891	17.621	108	9			5,3%	5,4%	1,6%	0,5%
<b>54 - Mindestmengen</b>														
54.10	Ösophaguschirurgie	M	> (BM)			236	24	15	15		244	247		
54.20	Eingriffe am Pankreas	M	> (BM)			1.016	53	26	26		1.001	985		
54.30	Adipositas-Chirurgie	M	> (BM)			2.739	40	8	10		2.722	3.036		
54.40	Carotis - Thrombendarterektomie	M	> (BM)			2.520	40	5	10		2.487	2.552		
54.50	Leberchirurgie	M	> (BM)			678	39	22	22		738	245		

## 2.4 Qualitätsindikatoren Ergebnisse – Zusatzauswertungen

Folgend werden die Ergebnisse der Zusatzauswertungen Augenheilkunde, Gynäkologie/Geburtshilfe und Prothesen-Revisionen auf Bundesebene dargestellt.

### 2.4.1 Augenheilkunde

Es werden Glaukom-, Katarakt- und Schiel-Operationen betrachtet und vor allem Wiederaufnahmen und Re-Eingriffe analysiert.

(1) Katarakt: Neben den Mengeninformatoren werden mehrere weitere Details wie Anteil mit traumatischem Katarakt, Anteil mit vorderer Vitrektomie und Anteil an Wiederaufnahmen in unterschiedlicher Form dargestellt.

(2) Schiel-Operation: Zusätzlich zu den Mengeninformatoren getrennt nach Kinder und Erwachsene wird auch der Anteil an Wiederaufnahmen mit erneuter Schiel-Operation ausgewiesen.

(3) Glaukom-Operation: Zusätzlich zu den Mengeninformatoren getrennt nach Kinder und Erwachsene wird auch der Anteil an Wiederaufnahmen mit erneuter Glaukom-Operation ausgewiesen.

Alle drei Themengebiete wurden aufgrund der hohen Nachfrage aus der Bevölkerung auch in [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) aufgenommen.

## Augenheilkunde

		A-IQI 2019									
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	<10 Fälle	KA auff.	Ö 2018	Ö 2017
<b>01 - Katarakt</b>											
01.10	Katarakt-Operationen links	M				55.971	58	3		54.260	50.832
01.20	Katarakt-Operationen rechts	M				56.490	59	4		54.594	51.561
01.30	Katarakt-Operationen, Anteil mit traumatischem Katarakt	V		0,1%	117	112.461	60	5		0,1%	0,1%
01.40	Katarakt-Operationen, Anteil mit vorderer Vitrektomie am selben Tag	K	< (BD)	0,3%	363	112.461	60	5	6	0,3%	0,4%
01.50	Katarakt-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen mit Vitrektomie	K	< (BD)	0,2%	236	112.461	60	5	6	0,2%	0,2%
01.60	Katarakt-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen mit einer Leistung im Bereich Augen	K	< (BD)	0,6%	629	112.461	60	5	3	0,6%	0,6%
01.70	Katarakt-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen auf einer Augenabteilung ohne operative Leistung	K	< (BD)	0,2%	180	112.461	60	5	2	0,5%	
<b>02 - Schiel-Operation</b>											
02.10	Schiel-Operationen bei Kindern	M				627	25	8		554	478
02.20	Schiel-Operationen bei Erwachsenen	M				827	27	7		759	771
02.30	Schiel-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 6 Monaten bei Kindern	K	< (BD)	0,5%	3	627	25	8	1	0,5%	1,3%
02.40	Schiel-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 6 Monaten bei Erwachsenen	K	< (BD)	1,2%	10	827	27	7	2	2,1%	2,1%
<b>03 - Glaukom-Operation</b>											
03.10	Glaukom-Operationen	M				1.973	39	17		1.974	1.433
03.20	Glaukom-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 12 Monaten	K	< (BD)	15,8%	312	1.973	39	17	1	17,4%	14,4%

## 2.4.2 Gynäkologie und Geburtshilfe

Der Fokus dieser Zusatzauswertung liegt auf der Versorgung von Neu- bzw. Frühgeborenen: „Werden Neugeborene/Frühgeborene in den richtigen Krankenanstalten behandelt?“

Die Zusatzauswertung unterteilt sich in die beiden Abschnitte Neugeborene und Gynäkologie. Der Abschnitt Neugeborene beinhaltet folgende Informationen: (1) Einstufung der Abteilung nach ÖSG, (2) Ausstattung des Krankenhauses und (3) Versorgung der Neugeborenen und Mütter. Im Abschnitt Gynäkologie werden Mammaresektionen (4) dargestellt.

(2) Ausstattung: Für unterschiedliche Versorgungseinheiten (Intensivüberwachung, Intensivbehandlung Erwachsene und Kinder, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendheilkunde) wird die Anzahl der Betten bzw. die Anzahl der Aufenthalte angegeben.

(3) Versorgung: Zum Thema Geburt werden mit Fokus auf die Mutter Todesfälle, Intensivaufenthalte, Transferierungen, schwere Dammrisse und Kaiserschnitte dargestellt. Mit Fokus auf das Neugeborene werden alle stationär aufgenommenen getrennt nach extrem niedrigem / sehr niedrigem / niedrigem / ohne niedrigem Geburtsgewicht bzw. Gestationsalter und Mehrlingsgeburten ausgewiesen. Weiters werden für diese Aufenthalte Transferierungen und Intensivaufenthalte dargestellt.

(4) Mammaresektionen: Es wird bei brusterhaltenden Resektionen der Mamma ausgewiesen, wie häufig Folgeresektionen (innerhalb von 3 Monaten / 4 Jahren) notwendig waren.



## Gynäkologie/Geburtshilfe

		A-IQI 2019									
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	<10 Fälle	KA auff.	Ö 2018	Ö 2017
<b>Neugeborene</b>											
<b>02 - Ausstattung</b>											
02.10	Intensivbehandlungseinheit (Stufe 1), Anzahl Betten	M			204	31	28		197		
02.11	Intensivbehandlungseinheit (Stufe 2), Anzahl Betten	M			475	65	56		507		
02.12	Intensivbehandlungseinheit (Stufe 3), Anzahl Betten	M			683	34	15		672		
02.13	Intensivüberwachungseinheit, Anzahl Betten	M			576	81	65		546		
02.14	Neonatologie (NIMCU und NICU), Anzahl Betten	M			384	29	15		380		
02.15	Neonatologie (NIMCU und NICU), Anzahl Aufenthalte	M			9.731	29			9.335		
02.16	Kinder-Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU), Anzahl Betten	M			225	16	8		222		
02.17	davon neonatologische Intensivbehandlungseinheit (NICU), Anzahl Betten	M			125	11	4		125		
02.18	Kinder-Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU), Anzahl Aufenthalte	M			8.182	16			7.870		
02.19	davon neonatologische Intensivbehandlungseinheit (NICU), Anzahl Aufenthalte	M			3.201	11			3.105		
02.20	Kinder-Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU), Anzahl Betten	M			306	34	29		303		
02.21	davon neonatologische Intensivüberwachungseinheit (NIMCU), Anzahl Betten	M			183	27	23		176		
02.22	Kinder-Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU), Anzahl Aufenthalte	M			13.404	34			13.003		
02.23	davon neonatologische Intensivüberwachungseinheit (NIMCU), Anzahl Aufenthalte	M			5.458	27			5.255		
02.24	Kinderchirurgie, Anzahl Betten	M			266	7			261		
02.25	Kinder- und Jugendheilkunde, Anzahl Betten	M			1.286	44	5		1.288		
<b>03 - Versorgung</b>											
<b>Geburten</b>											
03.10	Geburten	M			83.359	81	1		84.340	86.286	
03.11	Geburten, Anteil Todesfälle der Mutter	T	= (SE)	0,0%	3	83.359	81	1	3	0,0%	0,0%
03.12	Geburten, Anteil Intensivaufenthalte der Mutter	I	< (BD)	0,5%	414	83.359	81	1	11	0,5%	0,5%
03.13	Geburten, Anteil Transferierungen der Mutter (mit KiJu)	V	< (BD)	0,4%	311	83.359	81	1	10	0,3%	0,3%
03.14	Geburten, Anteil Transferierungen der Mutter (ohne KiJu)	V	< (BD)	0,5%	431	83.359	81	1	25	0,6%	0,6%
03.15	Vaginale Geburten, Anteil Dammriss 3. und 4. Grades	K		2,1%	1.217	58.148	81	1		2,0%	2,0%
03.16	Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectorate)	O		30,3%	25.217	83.359	81	1		29,4%	29,7%
03.17	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter < 35	O		28,0%	17.757	63.470	81	1		27,1%	27,5%
03.18	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter >= 35	O		37,5%	7.460	19.889	81	1		37,2%	37,5%
03.19	Stationär aufgenommene Neugeborene (S.a.N.)	M			9.578	51	5		9.213		
<b>Stationär aufgenommene Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter</b>											

03.20	S.a.N. mit Geburtsgewicht <1.000 g oder Gestationsalter <28 Wochen	M			316	21	12		381	
03.21	davon Wegtransferierungen	V	13,9%	44	316	21	12		14,4%	
03.22	davon Zutransferierungen	V	2,2%	7	316	21	12		2,6%	
03.23	davon Zutransferierungen von "externem Leistungserbringer"	V	10,4%	33	316	21	12		7,6%	
03.24	davon Intensivaufenthalte	I	95,9%	303	316	21	12		95,3%	
03.25	davon neonatologische Aufenthalte	V	87,0%	275	316	21	12		78,7%	
03.26	Ohne Aufnahme transf. Neugeb. mit Geb.gew. <1.000 g o. Gest.alter <28 Wochen	M			1	1	1		8	
<b>Stationär aufgenommene Neugeborene mit sehr niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter</b>										
03.27	S.a.N. mit Geb.gew. von 1.000-1.499 G oder Gestationsalter von 28 bis 32 Wochen	M			798	31	12		706	
03.28	davon Wegtransferierungen	V	21,2%	169	798	31	12		28,8%	
03.29	davon Zutransferierungen	V	2,9%	23	798	31	12		2,8%	
03.30	davon Zutransferierungen von "externem Leistungserbringer"	V	17,7%	141	798	31	12		11,6%	
03.31	davon Intensivaufenthalte	I	99,5%	794	798	31	12		99,6%	
03.32	davon neonatologische Aufenthalte	V	89,3%	713	798	31	12		90,2%	
03.33	Ohne Aufnahme transf. Neugeb. mit Geb.gew. 1.000-1.499 g o. Gest.alter 28-32 W.	M			8	6	6		9	
<b>Stationär aufgenommene Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter</b>										
03.34	S.a.N. mit Geb.gew. von 1.500-1.799 G oder Gestationsalter 33 bis 37 Wochen	M			2.241	43	7		2.166	
03.35	davon Wegtransferierungen	V	6,8%	152	2.241	43	7		6,8%	
03.36	davon Zutransferierungen	V	4,0%	90	2.241	43	7		5,8%	
03.37	davon Zutransferierungen von "externem Leistungserbringer"	V	13,4%	301	2.241	43	7		10,2%	
03.38	davon Intensivaufenthalte	I	80,0%	1.793	2.241	43	7		75,2%	
03.39	davon neonatologische Aufenthalte	V	76,7%	1.718	2.241	43	7		76,8%	
03.40	Ohne Aufnahme transf. Neugeb. mit Geb.gew. 1.500-1.799 g o. Gest.alter 33-37 W.	M			65	36	36		96	
<b>Andere</b>										
03.41	S.a.N. ohne niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter	M			6.223	51	5		5.960	
03.42	Mehrlingsgeburten	M			1.022	62	38		1.055	1.084
<b>Gynäkologie</b>										
<b>04 - Mammaresektionen</b>										
04.10	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil mit Folgeresektion innerhalb von 3 Monaten	V	< (BD)	10,2%	505	4.974	89	18	9	
04.20	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil mit Folgeresektion innerhalb von 4 Jahren	V	< (BD)	3,3%	164	4.974	89	18	2	

### 2.4.3 Prothesen-Revisionen

Diese Zusatzauswertung beinhaltet die Themengebiete Hüft- und Knieendoprothese. Insbesondere wird ausgewertet, wie häufig innerhalb eines Jahres eine Revision des künstlichen Gelenks notwendig ist. Dafür ist eine aufenthaltsübergreifende Auswertung mittels des Pseudonyms notwendig.

(1) Hüftendoprothese: Die Revisionsrate wird insgesamt und getrennt nach Koxarthrose, Fraktur und andere ausgewiesen. Der Revisionsgrund Infektion/Synovitis wird isoliert dargestellt. Eine wesentliche Information ist, ob die Revision im Krankenhaus der Erstimplantation oder in einem anderen Krankenhaus stattgefunden hat.

(2) Knieendoprothese: Die Revisionsrate wird insgesamt und getrennt nach Gonarthrose und andere ausgewiesen. Der Revisionsgrund Infektion/Synovitis wird isoliert dargestellt. Wie bei der Hüfte wird auch beim Knie der Anteil an Eigen- und Fremdrevisionsen dargestellt.

Prothesen-Revisionen		A-IQI 2019 (Ausgangsjahr 2018)							Ö	Ö	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	<10 Fälle	KA auff.	AJ 2017	AJ 2016
<b>01 - Hüftendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres</b>											
01.10	Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	3,0%	657	21.899	113	4	12	2,6%	2,4%
01.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		91,6%	602	657	100	84		89,4%	89,9%
01.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		8,4%	55	657	100	84		10,6%	10,1%
01.20	Hüftendoprothesen Erst-OP b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	2,5%	423	17.006	109	11	11	2,2%	2,2%
01.30	Hüftendoprothesen Erst-OP b. Schenkelhals- u. pertroch. Frak., Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	3,6%	158	4.354	103	28	6	3,5%	2,6%
01.40	Hüftendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	11,5%	60	520	89	72	3	9,5%	5,9%
01.50	Hüftendoprothesen Erst-OP, Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate) mit Revisionsgr. "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	0,3%	75	21.899	113	4	6	0,2%	
01.51	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		98,7%	74	75	43	43		100,0%	
01.52	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		1,3%	1	75	43	43		0,0%	
<b>02 - Knieendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres</b>											
02.10	Knieendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,4%	469	19.296	103	6	11	2,2%	2,2%
02.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		92,8%	435	469	91	82		90,4%	91,5%
02.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		7,2%	34	469	91	82		9,6%	8,5%
02.20	Knieendoprothesen Erst-OP b. Gonarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	2,2%	406	18.726	103	6	10	1,9%	2,0%
02.30	Knieendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	9,6%	54	561	86	71	1	10,5%	10,0%
02.40	Knieendoprothesen Erst-OP, Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate) mit Revisionsgr. "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	0,2%	32	19.296	103	6	8	0,1%	
02.41	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		100,0%	32	32	28	28		100,0%	
02.42	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		0,0%	0	32	28	28		0,0%	

## 2.5 Qualitätsindikatoren Ergebnisse – Qualitätsregister

Erstmals sind auch die bundesweiten Ergebnisse folgender drei Qualitätsregister beinhaltet: Herzchirurgie-Register, Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder und Stroke-Unit-Register. Die Ergebnisse werden mit Datenbasis 2019 dargestellt, wenn möglich mit einem Vergleichswert aus 2018 und 2017.

### 2.5.1 Herzchirurgie-Register

Im Herzchirurgie-Register wird eine Vielzahl von qualitätsrelevanten Informationen erhoben. Von diesen werden in A-IQI 8 bedeutsame Qualitätsindikatoren wie Performance-Ratios, Komplikationsraten und Operationstechnik einbezogen.

(V) Vollzähligkeit: Es werden die im Register dokumentierten Fälle mit den in der Diagnose und Leistungsdokumentation (DLD) erfassten Aufgehalten abgeglichen. Der Abgleich wird ohne die MEL DZ099 (Sonstige Operationen - Herz und herznahe Aorta) durchgeführt, da diese nicht ausschließlich herzchirurgisch definiert ist. Es kann dadurch zu Übervollzähligkeiten kommen.

(1-4) Performance-Ratio: Die Performance-Ratio gibt Auskunft über das Verhältnis der tatsächlichen Mortalitätsrate (Zähler) zur erwarteten Mortalitätsrate (Nenner). Die erwartete Mortalitätsrate ist risikoadjustiert und entspricht dem EuroSCORE II. Es werden folgende Performance-Ratios dargestellt: Performance Ratio, Performance-Ratio isolierte Aortenklappenoperationen, Performance-Ratio isolierte Bypassoperationen und Performance-Ratio bei elektiven Operationen.

(5-7) Komplikationen: Es werden die Komplikationen Rethorakotomie-Rate wegen Nachblutung bzw. tiefer Wundinfektion und die Schlaganfallrate dargestellt.

(8) Operationstechnik: Der Qualitätsreport 2017 des IQTIG (vormals AQUA-Qualitätsreport) empfiehlt, vorrangig die innere Brustwandarterie (Arteria thoracica interna, ITA) als Bypassgefäß zu verwenden, da sie auf lange Sicht eine deutlich geringere Verschlussrate als Venenbypässe aufweist. Der Anteil dieser Operationstechnik wird angegeben.

Herzchirurgie-Register		Ö2019	Typ	Zielbereich		Fälle Register	Fälle DLD	Vollzähligkeit %
V	Vollzähligkeit	103%	Z	>(EW)	95,00%	6.453	6.241	103,40%

Ö2019	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	Ö2018	Ö2017
-------	-----	-------------	----------	--------	--------	-------	-------

Herzchirurgie										
1	Performance-Ratio	0,72	T	< (EW)	1	0,72	3,5	4,27	0,88	0,80
2	Performance-Ratio, isol. BypassOP	0,64	T	< (EW)	1	0,64	1,87	2,93	0,76	0,68
3	Performance-Ratio, isol. AortenklappenOP	0,45	T	< (EW)	1	0,45	1,27	2,80	0,68	0,83
4	Performance-Ratio, bei elektiven OP	0,51	T	< (EW)	1	0,51	1,72	0,51	0,70	0,74
5	Rethorakotomie wegen Nachblutung im Krankenhaus	4,87%	K	< (BD)	4,87%	4,87%	315	6.463	4,40%	4,39%
6	Rethorakotomie wegen tiefem Wundinfekt im Krankenhaus	1,59%	K	< (BD)	1,59%	1,59%	103	6.464	1,71%	1,75%
7	Schlaganfallrate (zentralneurologischer Schaden länger 72 Stunden)	2,13%	K	< (BD)	2,13%	2,13%	138	6.464	1,81%	1,51%
8	Verwendung der Arteria thoracica interna	96,01%	O	> (EW)	90,00%	96,01%	2.069	2.155	94,52%	94,30%

## 2.5.2 Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder

Im Register sind Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorderimplantationen abgebildet. Aus dem Register werden Informationen zu Explantations- und Komplikationsraten sowie telemedizinischer Nachsorge in A-IQI einbezogen.

(V) Vollständigkeit: Es werden die im Register dokumentierten Implantationen mit den in der Diagnose und Leistungsdokumentation (DLD) erfassten Aufenthalten abgeglichen.

(1,4,7) HSM/ICD/Looprecorder-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion: Prozentanteil der Patientinnen/Patienten bei denen die Explantation innerhalb eines Jahres nach der Implantation stattgefunden hat (unabhängig davon, ob die Explantation im eigenen Haus oder in einer anderen Krankenanstalt durchgeführt wurde) und einer der folgenden Explantationsgründe dokumentiert wurde – Erosion / Infektion / Perforation / Wundschmerz.

(2,5) Perioperative Komplikationen bei HSM/ICD-Implantation: Prozentanteil der Patientinnen/Patienten bei denen zumindest eine perioperative Komplikation dokumentiert wurde.

(3,6,8) Telemedizinische Nachsorge: Prozentanteil der Patientinnen/Patienten bei denen eine telemedizinische Nachsorge dokumentiert wurde.

Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder		Ö2019	Typ	Zielbereich		Fälle Reg.	Fälle DLD	Vollständigkeit %
V	Vollständigkeit Herzschrittmacher-Implantation	91,41%	Z	> (EW)	90%	7.301	7.987	91,41%
V	Vollständigkeit ICD-Implantation	75,27%	Z	> (EW)	90%	1.729	2.297	75,27%
V	Vollständigkeit Looprecorder-Implantation	80,24%	Z	> (EW)	90%	1.494	1.862	80,24%

		Ö2019	Typ	Zielbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner
Herzschrittmacher								
1	HSM-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	1,95%	K	< (BD)	1,95%	1,95%	19	976
2	perioperative Komplikationen bei HSM-Implantation	1,15%	K	< (BD)	1,15%	1,15%	75	6.513
3	telemedizinische Nachsorge	11,12%	V	> (BD)	11,12%	11,12%	361	3.245

ICD								
4	ICD-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	1,62%	K	< (BD)	1,62%	1,62%	5	308
5	perioperative Komplikationen bei ICD-Implantation	1,85%	K	< (BD)	1,85%	1,85%	32	1.728
6	telemedizinische Nachsorge	48,27%	V	> (BD)	48,27%	48,27%	461	955

Looprecorder								
7	Loop-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	3,06%	K	< (BD)	3,06%	3,06%	9	294
8	telemedizinische Nachsorge	70,89%	V	> (BD)	70,89%	70,89%	643	907



### 2.5.3 Stroke-Unit-Register

Das Stroke-Unit-Register beinhaltet Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall, die an einer Schlaganfalleinheit (Stroke-Unit) behandelt wurden. Verschiedene relevante Themen zum Versorgungsprozess und zur Ergebnisqualität werden in A-IQI einbezogen.

(V) Vollzähligkeit: Abgleich der im Register erfassten Patientinnen/Patienten mit den in der Diagnose und Leistungsdokumentation (DLD) abgerechneten Aufenthalten, bei denen die MEL "(AA040) Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit)" in Kombination mit einer Schlaganfall-Hauptdiagnose kodiert wurde.

(1-3,5-6) Versorgung/Prozess: Es werden relevante zeitkritische Informationen zum Schlaganfallversorgungsprozess ausgewiesen wie zeitgerechte Bildgebung, Untersuchung hirnzuführender Gefäße oder Lysebeginn innerhalb von 60 Minuten.

(4) Lyserate: Prozent-Anteil der Patientinnen/Patienten mit Ischämie und mehreren Voraussetzungen (Alter < 80 Jahren, NIH-Wert bei Aufnahme von > 3, KH-Aufnahme innerhalb von 3,5 Stunden nach dem Ereignis), die lysiert wurden.

(7) Rekanalisationsrate nach Angiographie-Ende.

(8) Pneumonie: Prozentanteil der Patientinnen/Patienten bei denen eine Pneumonie als Komplikation dokumentiert wurde.

(9-11) Erfolgsquoten: Bei leichten, mittelschweren und schweren Fällen (bezogen auf NIH-Score) wird der Rankin-Wert bei Entlassung betrachtet.

Stroke-Unit-Register		Ö2019	Typ	Zielbereich	Fälle Register	Fälle DLD	Voll-zäh- ligkeit %
V1	Fälle mit Aufnahmediagnose Schlaganfall		Z		14.047		
V2	Fälle mit dokumentierter Entlassungsdiagnose	79,78%	Z	>(EW) 90,00%	13.266	16.628	79,78%

Stroke-Unit-Register		Ö2019	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	Ö2018	Ö2017
1	1. Bildgebung <= 30 Min. nach Krankenhaus-Aufnahme	43,05%	V	>(BD) 43,05%	43,05%	5.947	13.815	46,72%	46,33%
2	1. Untersuchung hirnzuführende Gefäße <= 24 nach Krankenhaus-Aufnahme	79,29%	V	>(BD) 79,29%	79,29%	9.221	11.629	76,88%	76,88%
3	Door to Needle Time <= 60 Min.	70,44%	V	>(BD) 70,44%	70,44%	1.692	2.402	70,62%	67,00%
4	Lyserate ausgewählte Patienten	71,01%	V	>(BD) 71,01%	71,01%	855	1.204	71,24%	69,02%
5	1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. Zutransport anderes Krankenhaus	18,42%	V	>(BD) 18,42%	18,42%	35	190	29,63%	38,68%
6	1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. Zutransport direkt	65,53%	V	>(BD) 65,53%	65,53%	230	351	65,16%	65,71%
7	TICI-Score bei Angio-Ende	84,57%		>(BD) 84,57%	84,57%	444	525	84,31%	77,40%
8	Pneumonie	4,00%	K	<(BD) 4,00%	4,00%	532	13.286	3,91%	4,58%
9	Erfolgsquote leichte Fälle	50,85%		>(BD) 50,85%	50,85%	3.247	6.386	49,08%	49,12%
10	Erfolgsquote mittelschwere Fälle	24,05%		>(BD) 24,05%	24,05%	604	2.511	24,44%	23,22%
11	Erfolgsquote schwere Fälle	12,73%		>(BD) 12,73%	12,73%	231	1.814	12,50%	12,34%

## 3 Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen aus den Peer-Review-Verfahren

Jährlich findet im Herbst ein Peer-Review-Follow-Up statt (Ausnahme 2020 aufgrund von COVID-19). 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 bzw. in Arbeit befindlichen bundesweiten Verbesserungsmaßnahmen werden nun im Detail dargestellt.

### 3.1 Hüftgelenknahe Frakturen

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 erhielten bereits etwa 20% der Patientinnen und Patienten. Es bestand jedoch noch Unsicherheit im Umgang mit diesen.

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“**.

Im März 2016 wurde der bestehende klinische Pfad um folgende zwei Themengebiete ergänzt:

- 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.

Auf Basis der Ergebnisse der 21 Peer-Review-Verfahren 2018 wurden folgende bundesweite Maßnahmen festgelegt:

- **Klinischer Pfad** „Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten“: Update des vorliegenden klinischen Pfads sowie

Erhöhung des Bekanntheitsgrads (inkl. APP) durch das BMSGPK und die Fonds. Die Überarbeitung des klinischen Pfades ist abgeschlossen und auf der [Homepage des BMSGPK](#) abrufbar.

- **Traumatologie des Alters** (Perioperatives Management und Interdisziplinarität, Optimierung der postoperativen Strukturen für diese Patientinnen und Patienten z.B. abgestufte Versorgung ICU/IMCU, medikamentöse Interaktionen, Transfusionsschwelle): Inhaltliche Darstellung der Thematik (Was ist wichtig in der Betreuung von geriatrischen Patientinnen und Patienten?) soll im Wiss. Beirat A-IQI erfolgen. Diese befindet sich derzeit in Erarbeitung. Davon ausgehend sind fondsintern entsprechende Maßnahmen zu setzen.
- **Patient Blood Management:** Forcierung der Umsetzung (z.B. Darstellung durch LKF Daten) und Erhöhung des Bekanntheitsgrads des Qualitätsstandards durch das BMSGPK und die Fonds.

## 3.2 Schlaganfall

Die 16 Peer-Review-Verfahren von 2014 ergaben viele unterschiedliche Verbesserungsmöglichkeiten, insbesondere in Versorgungsthemen und Prozessen. 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 + Register)
- Maßnahmen:
  - Erarbeitung eines Standards „potentielle Lyse-Kandidatinnen und -Kandidaten“
  - Erarbeitung eines Standards „Einweisung auf die Stroke Unit“.

Im Zuge der Priorisierung von Qualitätsstandards entschied man sich unter Einbeziehung der Peer-Review-Ergebnisse für einen **Qualitätsstandard zum Thema Integrierte Versorgung (IV) Schlaganfall** auf Bundesebene. In weiterer Folge wurde seitens der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft ein Positionspapier erstellt und als Basis für den Qualitätsstandard herangezogen. Im April 2018 wurde der Qualitätsstandard-Entwurf einer Begutachtung durch medizinische Expertinnen und Experten und im Sommer 2018 einer öffentlichen Konsultation unterzogen. Nach Überarbeitung wurde er im November 2018 von der Bundes-Zielsteuerungs-Kommission zur Veröffentlichung freigegeben.

Der Qualitätsstandard IV Schlaganfall umfasst sämtliche Versorgungsphasen – Notfallmanagement, Versorgung im Krankenhaus, Rehabilitation und ambulante Nachbetreuung, Weiterbe-

treuung und Sekundärprävention – und fokussiert auf das Optimieren der Schlaganfallversorgung unter den Prämissen Patientenorientierung, sektorenübergreifende Kontinuität und Anwenden der nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft geeigneten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen. Im Zentrum der Integrierten Versorgung Schlaganfall steht der Nutzen für Patientinnen und Patienten. (vgl. BMASGK 2018)

Inkludiert ist ein **Basisdatensatz** zur bundeseinheitlichen Dokumentation von Schlaganfällen, der ab dem Datenjahr 2019 für alle Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten zu dokumentieren ist, unabhängig von der Abteilung, in der sie behandelt wurden. Eine zusätzliche Dokumentation gab es bisher nur auf der Stroke-Unit und für die endovaskuläre Therapie. Die Schlaganfalldokumentation ändert sich nun durch das 3-stufige durchlässige Dokumentationskonzept.

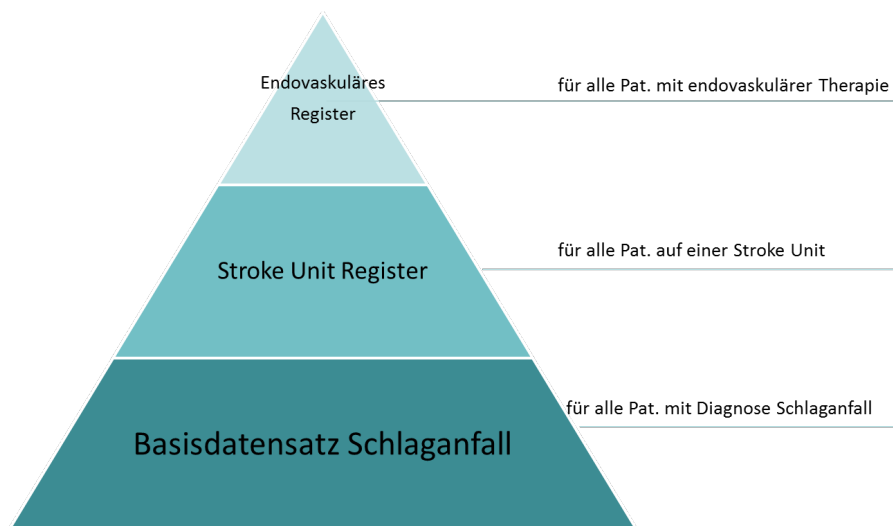


Abbildung 2: 3-stufige Schlaganfalldokumentation (Quelle: BMASGK 2018)

Eine jährliche Datenauswertung und ein Monitoring erfolgen im Rahmen des standardisierten A-IQI-Prozesses (A-IQI Kennzahlen inkl. Stroke-Unit-Register, endovaskuläres Register), um daraus Maßnahmen zur weiteren Verbesserung der Versorgung abzuleiten.

Der Schlaganfall ist einer der nächsten **Jahresschwerpunkte** in A-IQI. In die Auswahl der Peer-Review-Verfahren werden erstmals auch die Registerergebnisse und Daten aus dem Basisdatensatz einbezogen.

### 3.3 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 Patientinnen- und 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 als Empfehlung auf der Homepage des BMSGPK veröffentlicht.

### 3.4 Urologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie

In den Peer-Review-Verfahren im Jahr 2016 war ein wesentliches Thema die Zentralisierung von hochkomplexen seltenen Eingriffen, um eine hochwertige Versorgung für Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Dies bezieht sich auf Eingriffe, die in der Durchführung technisch besonders anspruchsvoll sind, ein klar messbares Ziel aufweisen und bei denen der potenzielle Schaden für die Patientinnen und Patienten groß ist.

Anhand dieser drei Kriterien wurden aus den drei Schwerpunkten folgende Operationen identifiziert:

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

Gemeinsam mit den jeweiligen Fachgesellschaften wurden auf Basis von internationaler Literatur Mindestanforderungen für die Abteilungen (betreffend Struktur, Ausstattung, Prozesse, Qualifikation) zur Erbringung dieser hochkomplexen Eingriffe erarbeitet. Die detaillierte Ausarbeitung dieser Thematik ist entsprechend dem Zielsteuerungs-Prozess geplant. Ein Auszug relevanter Informationen soll über [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) zur Verfügung gestellt werden.

## 4 [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at)



[www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at): Finden Sie das passende Krankenhaus. Wir geben Ihnen Orientierung.

Kliniksuche.at ist ein Projekt aus der Gesundheitsreform 2013 im Bereich Qualität und Patientensicherheit (Release 6. April 2016) und organisatorisch in das A-IQI System eingebettet. Die Entscheidungen über die Abbildung neuer Themengebiete und die Weiterentwicklung werden in der A-IQI Steuerungsgruppe getroffen. Organisation und Verantwortlichkeiten sind im A-IQI Organisationshandbuch detailliert beschrieben.

### 4.1 Grundlagen

Ziele:

- Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sollen in der Lage sein, in Eigenverantwortung zu agieren und sich bestmöglich auf einen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt vorzubereiten.
- Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sollen über eine neutrale Plattform bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden.
- Die Plattform soll Impulse setzen und auch die Leistungserbringer dazu anregen, sich noch intensiver mit Qualitätsthemen auseinanderzusetzen.

Gemeinsam mit der FH Steyr wurde das Projekt vorbereitet. Es wurde eine empirische Analyse zu den Themen Einstellung zu Qualitätsdatenpublikation und konkreten Nutzungsbedingungen mit 300 Interviews durchgeführt. Zusätzlich erfolgte ein Usability Test zum Prototyp von kliniksuche.at in welchem verschiedenste Methoden wie Eye-Tracking oder Think-Aloud zur Anwendung kamen. Eines der Ergebnisse: Es gibt 2 Informationen die besonders von Bedeutung sind – Wie oft wird die Operation in dem Krankenhaus durchgeführt? Wie lange muss ich im Krankenhaus bleiben?

Eine im Vorfeld durchgeführte Analyse der zwei bestehenden Plattformen [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) und [www.spitalskompass.at](http://www.spitalskompass.at) ergab, dass zum Teil ähnliche Leistungsdaten abgebildet werden. Unterschiedliche Informationen sind verwirrend und erschweren die Informationssuche. Aus diesem Grund wurden die beiden Plattformen verschmolzen und Daten aus dem Spitalskompass in kliniksuche integriert. Der Spitalskompass wird für die Strukturdaten weiterhin als Webeingabetool für die Krankenhäuser verwendet.

Datengrundlagen: Die Informationen werden aus den Krankenhausroutinedaten (LKF), der Plattform Qualitätsberichterstattung und einer Strukturdatenbank (ehem. Spitalskompass) generiert.



Folgende Informationen sind aktuell abrufbar:

- Informationen zu Leistungen & Diagnosen,
- Informationen zu Krankenhäusern und
- Informationen zu Abteilungen & Ambulanzen.

## 4.2 Inhalte

### Leistungen & Diagnosen

Derzeit sind Informationen zu 44 verschiedenen Leistungen und Diagnosen aus 8 Themengebieten abrufbar. Die Daten werden auf Krankenanstaltenebene dargestellt und einer qualitativen Bewertung unterzogen.



Abbildung 3: 8 Themengebiete kliniksuche.at (Quelle: BMSGPK)

Beispielsweise das Themengebiet Bauch/Verdauungstrakt umfasst die Leistungen Gallenblasen-Entfernung, Leistenbruch (Kinder, Erwachsene) und Magenoperationen aufgrund von Übergewicht.

Die 44 Leistungen und Diagnosen werden, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, je Krankenhaus in den folgenden Kategorien dargestellt: Anzahl Fälle, Kriterien für den Aufenthalt und Allgemeine Kriterien.

In „Anzahl Fälle“ wird die Anzahl an durchgeführten Operationen/Eingriffen pro Jahr für den ausgewählten Behandlungsanlass ausgewiesen. Bei einer Fallzahl von unter 10 wird nicht die genaue Zahl, sondern „<10“ angegeben. Unter Einbezug der Bundesdaten 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.



Abbildung 4: Kliniksuche.at – Beispielkrankenhaus Gebärmutterentfernung (Quelle: www.kliniksuche.at)

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)
- Präoperative Verweildauer
- Operationstechnik
- Tagesklinik-Anteil.

In der Kategorie „Allgemeine Kriterien“ werden wichtige Qualitätsthemen abgebildet. 7 Einzelkriterien sind dargestellt. Datenquelle ist die Qualitätsberichterstattung, kurz QBE, der Gesundheit Österreich GmbH:

- Patientenorientierung
- Beschwerde-/Feedbackmanagement
- Patientensicherheit/Risikomanagement
- Entlassungsmanagement
- Sicherheit im OP
- Krankenhaushygiene
- Mindestanforderung an Qualitätsmanagement

Jedes Einzelkriterium wird bewertet:

✘ nicht erfüllt   ○ teilweise erfüllt   ✔ erfüllt.

### **Krankenhäuser**

Die Krankenhaussuche erfolgt nach Krankenhaustyp gemeinnützig/privat und örtlich und beinhaltet folgende Informationen welche aus dem Spitalskompass übernommen werden:

- Überblick zum Krankenhaus wie Kontaktdaten, Krankenhausleitung, Besuchszeiten,
- medizinisches Angebot,
- vorhandene Abteilungen,
- Hotelkomponente und
- Angebote bzgl. Geburtshilfe.

### **Abteilungen und Ambulanzen**

Die Abteilungs- oder Ambulanzsuche erfolgt nach Fach, Krankenhaustyp gemeinnützig/privat und örtlich und enthält jene Informationen die aus dem Spitalskompass übernommen werden:

- Überblick zur Abteilung wie Kontaktdaten, Abteilungsleitung, Besuchszeiten, Betten, Personal, häufigste Leistungen und Diagnosen, Leistungsschwerpunkte und
- Überblick zur Ambulanz wie Kontaktdaten, Öffnungszeiten, Spezialambulanzen.

## **4.3 Updates, Weiterentwicklung**

Im Regelbetrieb von kliniksuche werden jährlich mehrere Aktualisierungen vorgenommen: Einarbeitung der abgeschlossenen A-IQI Jahresschwerpunkte und Aktualisierung der Daten.

Die jährlich festgelegten Jahresschwerpunkte werden in A-IQI 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.

Danach werden die Schwerpunkte im Hinblick auf die Veröffentlichung analysiert, aufbereitet und erneut in der A-IQI Steuerungsgruppe diskutiert. Die Entwicklung der Inhalte für A-IQI und kliniksuche findet im Wissenschaftlichen Beirat unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten (Wissenschaftliche Gesellschaften) im Auftrag der Steuerungsgruppe statt.

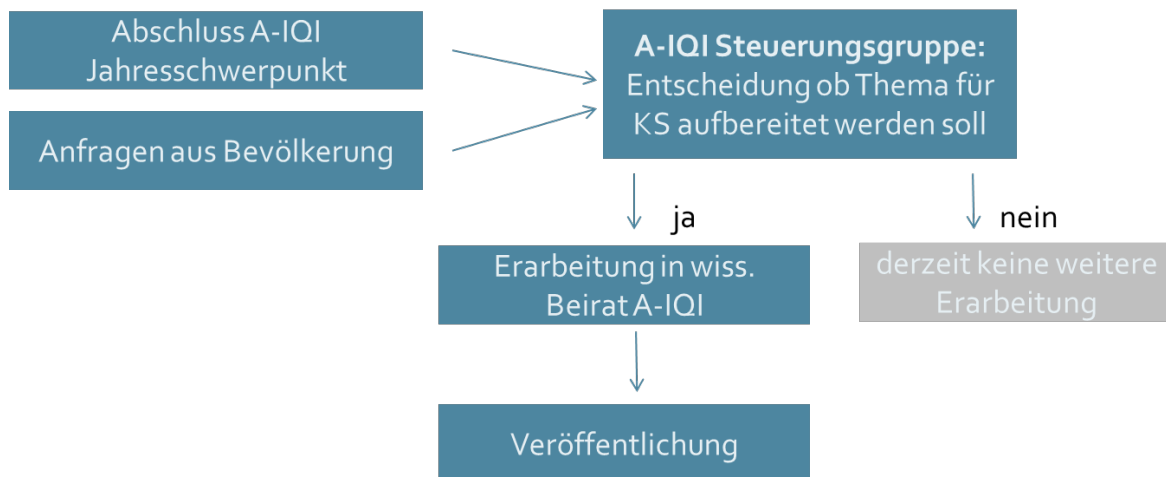


Abbildung 5: Weiterentwicklung kliniksuche.at

Gibt es über die Plattform [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) vermehrt Anfragen zu bestimmten Eingriffen/Erkrankungen, werden diese ebenso wie die Jahresschwerpunkte in den Entscheidungsprozess der A-IQI Steuerungsgruppe eingebracht. (z.B. Grauer Star-Operation)

Im Jahr 2020 werden die Inhalte in „Leistungen & Diagnosen“ um folgende Eingriffe erweitert:

- Magenoperationen aufgrund von Übergewicht
- Rotatorenmanschette
- Schulterprothese
- Bandscheiben-Operation.

Gleichzeitig wird ein Update des Datenjahres auf das Datenjahr 2019 erfolgen.

Darüber hinaus ist in den Allgemeinen Kriterien eine Überarbeitung der Bewertung des Kriteriums „Patientensicherheit“ geplant.

## 5 Aktuelle Arbeiten

Im Rahmen von A-IQI werden regelmäßig über die regulären Arbeiten hinausgehende, weitere qualitätsrelevante Themenfelder bearbeitet.

### 5.1 Versorgungsdichten

Ziel der Arbeiten ist, potentielle Situationen von Über-, Unter und Fehlversorgung zu erkennen und ein steuerndes Eingreifen (z.B. Peer-Review-Verfahren) zu ermöglichen.

Derzeit fokussieren sich die Arbeiten auf die Entwicklung einer neuen Darstellung der Ergebnisse und der Verbesserung der Methodik. Zusätzlich zu quellbezogenen Auswertungen („Werden Patientinnen und Patienten **aus** einer bestimmten Region öfter/seltener behandelt?“) sollen gleichzeitig zielbezogene Berechnungen („Werden Patientinnen und Patienten **in** einer bestimmten Region öfter/seltener behandelt?“) erstellt werden. Die Ergebnisse sollen mittels eines Kartenmodells inklusive Österreichvergleich und Bandbreiten visualisiert werden.

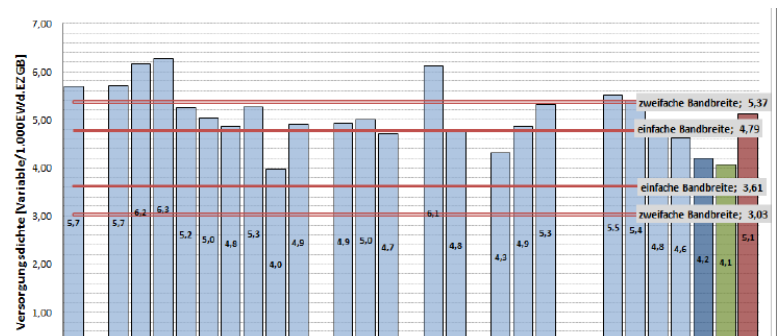
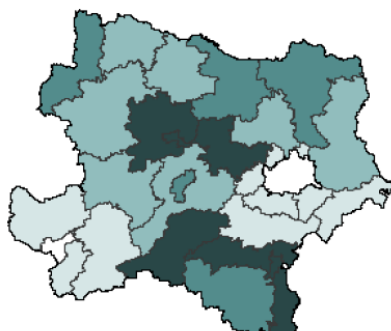


Abbildung 6: Beispieldarstellung Versorgungsdichten (Quelle: NÖ Gesundheits-Holding)

Aufgrund der Komplexität dieses Themas mit vielen Einflussfaktoren und hohem Erklärungsbedarf wurde in A-IQI ein differenzierter Ansatz gewählt, der nicht ausschließlich Behandlungs-/Eingriffszahlen betrachtet. Zu diesem Zweck wurde ein Analyseprozess mit 8 Schritten erarbeitet, welcher in der folgenden Abbildung ersichtlich ist. Neben Zahlen zur Versorgungsdichte werden auch strukturelle und medizinische Faktoren sowie der zeitliche Verlauf der Versorgungsdichten einbezogen.

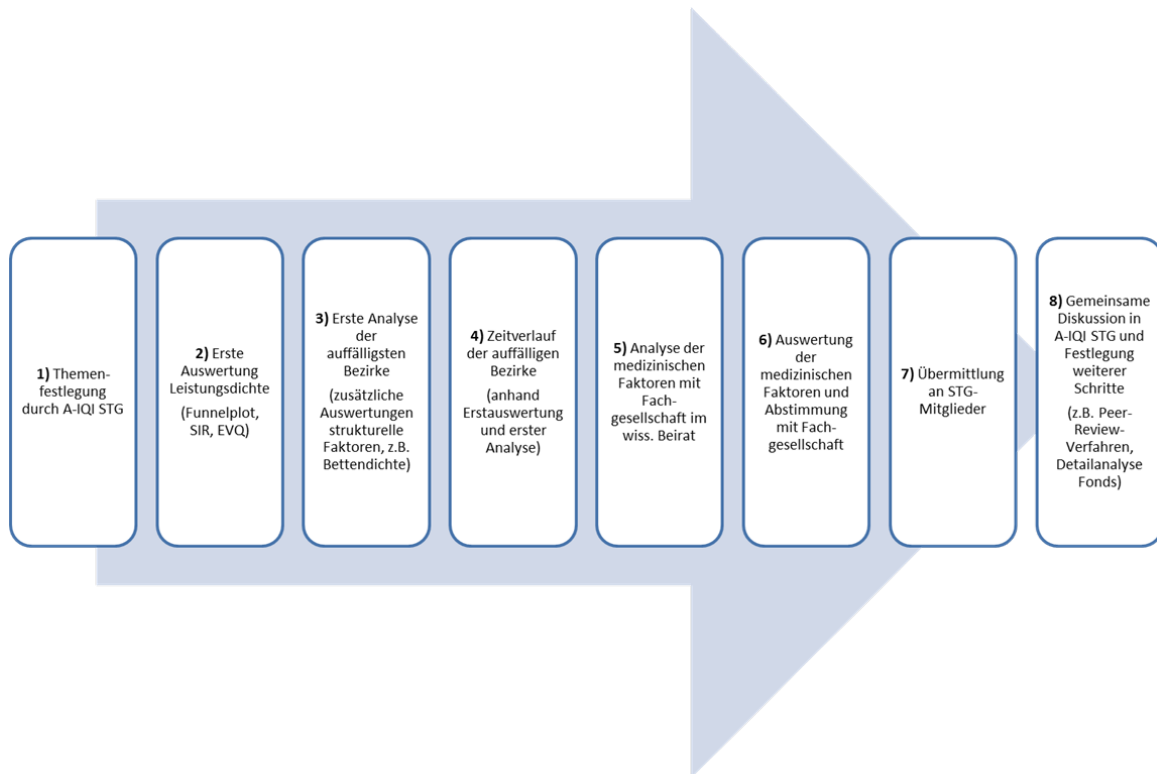


Abbildung 7: Analyseprozess Versorgungsdichten

Durch die Integration in das A-IQI System, bietet sich unter anderem die Möglichkeit zur Festlegung von Peer-Review-Verfahren bei statistischen Auffälligkeiten und somit zur Ableitung von qualitätsverbessernden Maßnahmen. Ein Probe Peer-Review-Verfahren zum Thema Leistungsdichten wurde Anfang 2020 bereits durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse des Verfahrens wurde seitens der Krankenanstalt ein Verbesserungskonzept der interdisziplinären Zusammenarbeit erstellt und implementiert.

## 6 Ausblick 2021

Aufgrund der andauernden Corona-Krise werden bis auf Weiteres keine Peer-Review-Verfahren durchgeführt (Ausnahme: Gefahr in Verzug). Ob eine Wiederaufnahme erfolgen kann, wird laufend bewertet. Sobald eine Durchführung wieder möglich und sinnvoll ist, werden folgende Themengebiete vorrangig behandelt:

- Pneumonie,
- COPD und
- Herzinsuffizienz.

Ein weiteres Thema betrifft die Peer-Review-Ergebnisse. Einzelne Verbesserungsvorschläge wiederholen sich in den Peer-Review-Verfahren unabhängig davon, welcher Schwerpunkt bearbeitet wird. Es stellt sich die Frage, was wir lernen können, wenn wir die Gesamtheit der Peer-Review-Ergebnisse themenübergreifend analysieren? Diese schwerpunktübergreifenden Verbesserungsmöglichkeiten oder einfach ausgedrückt, diese zentralen Themen in der Patientinnen- und Patientenbehandlung sollen 2021 im Detail analysiert werden.

Auch für [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) werden stetig neue Inhalte ausgearbeitet. Laufend werden Anfragen bearbeitet und bei Bedarf die zur Verfügung gestellten Informationen erweitert. Weiters sind mehrere Maßnahmen zur Nutzungssteigerung geplant wie einzelne Marketingaktivitäten (Kooperationen, Werbung etc.) und On-Page Optimierungen. Auch soll eine Automatisierung (LKF) der Information „Häufigste Leistungen und Diagnosen“ in den Abteilungsseiten erfolgen.

Auf ein weiteres erfolgreiches Jahr!

## Literatur

Bundesamt für Gesundheit (2020): Statistiken zur Krankenversicherung, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2018. Bern: BAG.

Bundesärztekammer (2016): Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Berlin: Bundesärztekammer.  
[http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M\\_Mk.pdf](http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf) (letzter Zugriff am 14.09.2020)

BMASGK (2018): Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall. Wien: BMASGK.  
[https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard\\_Integrierte\\_Versorgung\\_Schlaganfall](https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard_Integrierte_Versorgung_Schlaganfall) (letzter Zugriff am 14.09.2020)

Kuhlen R. / Rink O. / Zacher J. (2010): Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Nimptsch, U. / Mansky, T. (2020): G-IQI German Inpatient Quality Indicators Version 5.2. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2017 Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin.

Türk, S. / Amon, M. / Rath, I. / Vukic I. (2019): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) Organisationshandbuch. Organisationsablauf und Systembeschreibung. Wien: BMASGK  
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html> (letzter Zugriff am 07.09.2020)

Türk, S. / Amon, M. / Pesec, B. / Rath, I. / Vukic I. (2020): Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten A-IQI. Indikatorenbeschreibung Version 2020. Wien: BMSGPK.  
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/Qualitaetsindikatoren.html> letzter Zugriff am 18.09.2020)