

## Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

# Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Bericht 2022

Abgenommen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss im März 2023

## 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, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Mitarbeit (alphabetisch):

Margarita Amon, MSc (BMSGPK)

Mag. Verena Nikolai (BMSGPK)

Mag. Rainer Kleyhons (BMSGPK)

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Susanne Sindelar (BMSGPK)

Mag. Patrizia Theurer (BMSGPK)

Ines Vukic, MSc (BMSGPK)

Wien, im März 2023

## Management Summary

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

- Indikatoren: Ermittlung von Auffälligkeiten, Peer-Review-Verfahren: Identifizierung von Optimierungspotential.
- Einbezogene Auswertungen: Reguläre Qualitätsindikatoren, Zusatzauswertungen, Indikatoren aus den bundesweiten Qualitätsregistern und Analysen zur Versorgungsqualität/Versorgungsdichte.
- Inpatient Quality Indicators (IQI): Die IQI (reguläre Qualitätsindikatoren) werden in Österreich, Deutschland und der Schweiz angewandt. Dies ermöglicht einen 3-Länder-Vergleich der Ergebnisse.
- Berichtslegung: erfolgt auf 2 Ebenen
  - Expert:innen– jährliche Erarbeitung eines A-IQI Berichts
  - Bürger:innen– [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at).
- Peer-Review-Verfahren fanden zu folgenden Jahresschwerpunkten statt:
  - Geburtshilfe
  - Schlaganfall (Fachbereich Neurologie).

# Inhalt

Abbildungen und Tabellen .....	II
Abkürzungen .....	III
1 System A-IQI.....	1
1.1 Überblick.....	1
1.2 Qualitätsindikatoren, Auswertungen .....	3
1.3 Peer-Review-Verfahren .....	5
2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse .....	8
2.1 Reguläre Qualitätsindikatoren .....	8
2.2 Zusatzauswertungen .....	24
2.2.1 Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation/Nachsorge.....	25
2.2.2 Augenheilkunde .....	27
2.2.3 Gynäkologie und Geburtshilfe.....	29
2.2.4 Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde .....	32
2.2.5 Hüft-/Knieprothesen Revisionen.....	34
2.3 Qualitätsregister .....	36
2.3.1 Herzchirurgie-Register.....	37
2.3.2 Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder .....	39
2.3.3 Stroke-Unit-Register .....	41
2.4 Versorgungsqualität/Versorgungsdichte .....	43
3 Peer-Review-Ergebnisse .....	45
3.1 Schlaganfall.....	45
3.2 Neugeborene/Geburtshilfe .....	47
3.3 Feedback.....	48
4 Monitoring .....	50
4.1 Maßnahmen-Monitoring (Peer-Review-Verfahren) .....	50
4.2 Ergebnis-Monitoring (Indikatoren).....	52
5 www.kliniksuche.at.....	54
5.1 Grundlagen .....	54
5.2 Inhalte.....	55
5.2.1 Leistungen & Diagnosen.....	55
5.2.2 Krankenhäuser, Abteilungen & Ambulanzen .....	57
5.3 Updates, Weiterentwicklung.....	57
6 Ausblick 2023 .....	59
Literatur.....	60

Anhang .....	61
Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung.....	61
Lesebeispiel 1 – reguläre Qualitätsindikatoren .....	63
Lesebeispiel 2 – Versorgungsdichte, Versorgungsqualität.....	64

## Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013).....	2
Abbildung 2: Überblick zu den Indikatoren und Auswertungen im A-IQI Projekt .....	4
Abbildung 3: Überblick zu den bisherigen Jahresschwerpunkten im A-IQI Projekt.....	6
Abbildung 4: Ausschnitt Feedbackfragebogen Krankenhaus, Kategorie 4 (Quelle: BMSGPK) ...	48
Abbildung 5: Ausschnitt Feedbackfragebogen Teamleitung (Quelle: BMSGPK).....	49
Abbildung 6: Kliniksuche, 8 Themengebiete (Quelle: BMSGPK) .....	55
Abbildung 7: Kliniksuche.at – Beispielkrankenhaus Gebärmutterentfernung.....	56
Abbildung 8: Weiterentwicklung kliniksuche.at.....	58
Tabelle 1: Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens .....	6
Tabelle 2: Überblick bearbeitete Jahresschwerpunktthemen .....	50
Tabelle 3: Formular Maßnahmen-Monitoring .....	51
Tabelle 4: Überblick Maßnahmen-Monitoring.....	52
Tabelle 5: Überblick Ergebnis-Monitoring.....	53
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren-Ergebnisse, Erklärung einzelne Spalten .....	61
Tabelle 7: Lesebeispiel Qualitätsindikator .....	63

## Abkürzungen

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AJ	Auswertungsjahr
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
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
IQI	Inpatient Quality Indicators
JSP	Jahresschwerpunkte
KA	Krankenanstalt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MOA	Medizinische Organisationsassistent:innen
NIH	National Institute of Health
n.v.	nicht vorhanden
Ö	Österreich
OP	Operation
Pat.	Patient:innen
RNS	Remobilisation/Nachsorge
SE	Sentinel
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SOP	Standard Operating Procedure
VA	Versorgungsauftrag
VDichte	Versorgungsdichte
ZB	Zielbereich
ZW	Zielwert

# 1 System A-IQI

## 1.1 Überblick

Das Projekt Austrian Inpatient Quality Indicators existiert auf Bundesebene seit mittlerweile 10 Jahren und basiert auf dem Beschluss der Gesundheitsreform 2013. Die Version 1.0 der österreichischen Indikatoren entstand 2010 in Zusammenarbeit zwischen dem Niederösterreichischen Krankenanstaltenträger (NÖ Landesgesundheitsagentur) und den deutschen Helios-Kliniken. Die österreichweite Ausrollung des Projekts startete Mitte 2011 und ging 2014 in den Regelbetrieb über. Die Teilnahme sowohl an der Qualitätsmessung als auch am Peer-Review-Verfahren ist gesetzlich geregelt und die Teilnahme für alle Akutkrankenhäuser verpflichtend. Ein wesentliches Erfolgskriterium ist jenes, dass alle Entscheidungsträger:innen eingebunden sind.

In 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 Privatkrankenhäuser-Finanzierungsfonds sowie dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).

Die Entwicklung und Weiterentwicklung von Indikatoren findet im Wissenschaftlichen Beirat statt. Am Wissenschaftlichen Beirat nehmen Vertreter:innen aus den Landesgesundheitsfonds, den Krankenanstaltenträgern, den Krankenhäusern (KA) und dem BMSGPK teil. Die Indikatorenentwicklung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften.

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 Aufgaben im System.



Organisation und Verantwortlichkeiten sind im Organisationshandbuch detailliert beschrieben. (vgl. Türk et al. 2019)

Der jährliche Zyklus für die festgelegten Jahresschwerpunkte startet nach Aktualisierung der Indikatorenversion mit der Indikatorenauswertung und –analyse und endet mit dem Peer-Review-Follow-up. Im Peer-Review-Follow-up werden einmal jährlich alle Ergebnisse aus den aktuellen Peer-Review-Verfahren gemeinsam mit den Involvierten und den Wissenschaftlichen Gesellschaften diskutiert, und bundesweite Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet.

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

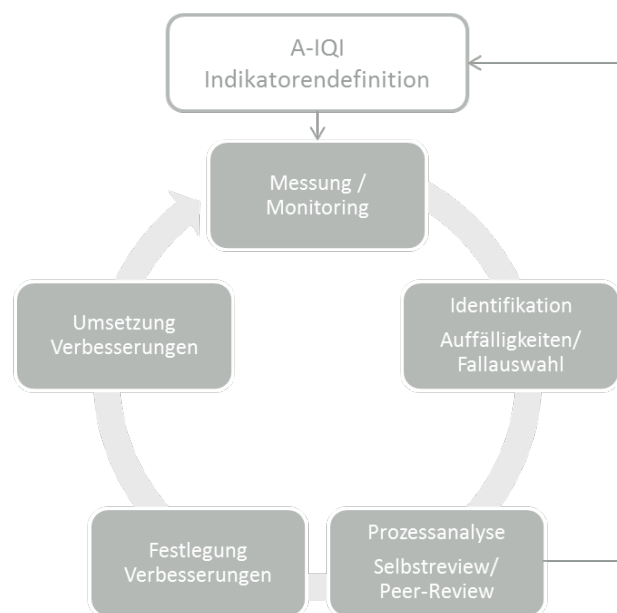


Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013)

**A-IQI Indikatorendefinition:** 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 erfolgt ebenso eine Weiterentwicklung des G-IQI-Indikatorensets über den Verein Initiative Qualitätsmedizin. Diese fließen ebenso in neue A-IQI-Versionen ein. Das Indikatorenset wird einmal im Jahr technisch aktualisiert und als „Indikatorenbeschreibung“ publiziert.

**Messung:** Die Messung der Indikatorenergebnisse erfolgt auf Bundesebene einmal jährlich sobald die LKF-Jahresdatenlieferungen (31. Mai) vollständig und geprüft vorliegen. Die Übermittlung der Ergebnisse an die Krankenanstalten erfolgt durch den Gesundheitsfonds oder durch das BMSGPK.

**Identifikation von Auffälligkeiten:** In der A-IQI Steuerungsgruppe werden Jahresschwerpunkte festgelegt. Diese werden auf Auffälligkeiten hin geprüft und in der A-IQI Steuerungsgruppe besprochen. In einem nächsten Schritt erfolgt für alle potentiellen Peer-Review-Verfahren durch die betroffenen Krankenanstalten eine Kodierkontrolle. Hierzu werden ausgewählte Einzelfälle anhand eines standardisierten Rückmeldebogens (Rückmeldebogen Kodierung) auf Kodierunscharfen geprüft. Nach Vorliegen der Rückmeldungen werden alle potentiellen Verfahren in der A-IQI Steuerungsgruppe diskutiert und die 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. Wesentliche Rückmeldungen zu Indikatorendefinitionen werden in die jährliche Indikatorenversionierung einbezogen.

**Festlegung/Umsetzung Verbesserungen:** Die Festlegung der notwendigen Verbesserungsmaßnahmen erfolgt im Peer-Review-Verfahren vor Ort inkl. Verantwortlichkeiten und Zeitrahmen. Österreichweit bedeutsame Themen werden auch im Wissenschaftlichen Beirat gemeinsam mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften bearbeitet.

**Messung/Monitoring:** Die laufende Messung des Indikators (Ergebnis-Monitoring) sowie das Monitoring der vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen im Peer-Review-Verfahren (Maßnahmen-Monitoring) ermöglichen die Überprüfung des Umsetzungsgrades sowie darauf aufbauend die Wirksamkeit der Maßnahmen. Die beiden Monitoring-Systeme sowie die Befragung der KA und der Peers nach dem Peer-Review-Verfahren sollen die Nachhaltigkeit des Systems sicherstellen und etwaige Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen. Details zum Monitoring sind im Kapitel 4 nachzulesen.

## 1.2 Qualitätsindikatoren, Auswertungen

Neben den regulären Qualitätsindikatoren sind mittlerweile mehrere andere Kennzahlen wie jene aus den Zusatzauswertungen, Qualitätsregistern sowie Analysen zur Versorgungsqualität/Versorgungsdichte im A-IQI Prozess eingebunden. Ein Überblick findet sich in der folgenden Abbildung.

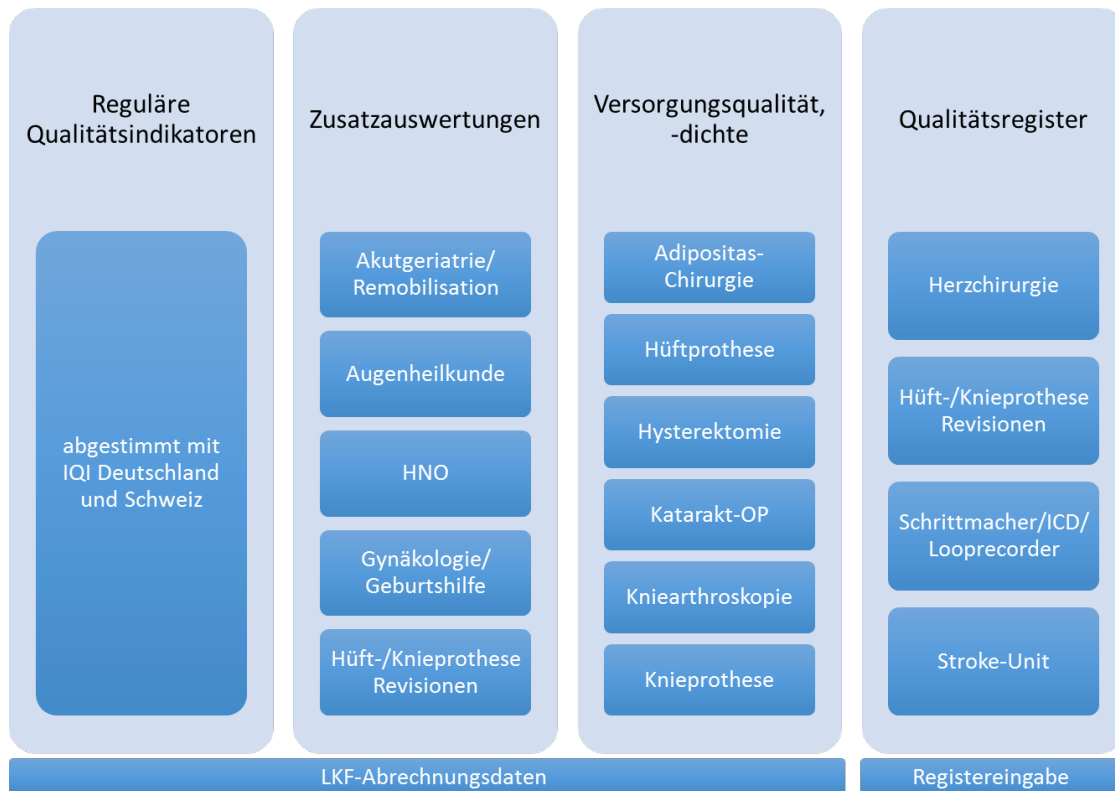


Abbildung 2: Überblick zu den Indikatoren und Auswertungen im A-IQI Projekt

Die Qualitätsindikatoren werden anhand von Krankheitsbildern oder Operationen gebildet und beinhalten ein breites Spektrum – von häufigen Standardbehandlungen bis zu hochkomplexen Eingriffen und Krankheitsbildern. Die Qualitätsindikatoren werden derzeit in der Version 2022 verwendet. Datengrundlage sind mit Ausnahme der Qualitätsregister die LKF-Abrechnungsdaten. Die Indikatoren beschränken sich aktuell auf den stationären Bereich.

Welche Indikatorentypen werden gemessen?

1. Todesfälle z.B. Herzinfarkt, Anteil Todesfälle
2. Intensivhäufigkeit z.B. Geburten, Anteil Intensivaufenthalte der Mutter
3. Komplikationen z.B. Hüftendoprothesen Erst-OP, Anteil Revisionen innerhalb 12 Monate
4. Mengen insgesamt, Mindestmengen z.B. Mindestmenge Adipositas-Chirurgie
5. Operationstechnik z.B. Hysterektomien, Anteil laparoskopische Operationen
6. Versorgungsprozess z.B. Schlaganfall und 1. Bildgebung  $\leq 30$  Min. nach Krankenhaus-Aufnahme
7. Belagsdauer z.B. Median Belagsdauer auf AG/R
8. Alter z.B. Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Median Altersgruppe
9. Zusatzinformationen z.B. Datenvollständigkeit im Stroke-Unit-Register.

Neben den Indikatorentypen 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 Kennzahlen zu Mindestmengen**. Bei den Sentinel-Ereignissen handelt es sich um Indikatoren zur Patient:innensicherheit (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 automatisch zu einer signifikanten Auffälligkeit.

### 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. Mittlerweile wurden in 188 Peer-Review-Verfahren über 2800 Einzelfälle analysiert und bewertet. Aktuell stehen etwa 140 geschulte Peers für das Verfahren zur Verfügung.

Jährlich werden Jahresschwerpunktthemen festgelegt, zu welchen Peer-Review-Verfahren (PRV) stattfinden. Ein Überblick zu den bisherigen findet sich in der folgenden Abbildung. Neben den Jahresschwerpunktthemen finden jedes Jahr auch mehrere schwerpunktunabhängige Verfahren statt.



Abbildung 3: Überblick zu den bisherigen Jahresschwerpunkten im A-IQI Projekt

Das PRV wird grundsätzlich im Krankenhaus vor Ort von „externen“, unabhängigen, erfahrenen und geschulten Peers (Primarärzt:innen oder leitende Oberärzt:innen) 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 Primarärzt:innen vor Ort und eine anschließende, gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Grundsätze und Ziele sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Peer-Review-Grundsätze	Peer-Review-Ziele
Klärung statist. Auffälligkeiten (keine Repressalien)	Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses
Chefsache (Durchsetzbarkeit)	Aufdecken lokaler Besonderheiten
Zentrale Fallauswahl (Treffsicherheit)	Etablieren einer offenen Fehlerkultur
Akzeptierte Analysekrterien (Rating)	Nachhaltigkeit des Verbesserungsprozesses
Interdisziplinäre Teams / Ausbildung der Peers	Kontrolle der Kennzahlen
Klare Regeln zum Ablauf (Verlässlichkeit)	
Vorgaben zum Protokoll (Lösungsvorschläge)	
Strukturierte Auswertung (Transparenz)	
Befragung der Abteilungen nach den Reviews (Akzeptanz)	

Tabelle 1: Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens (Quelle: Kühlen et al. 2010, S. 62)

Jedes einzelne PRV läuft in den drei Phasen Selbstbewertung, Fremdbewertung und Bericht/Feedback ab.

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

- 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 je 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 Primärärzt:innen vor Ort sowie das Abschlussgespräch. Am Abschlussgespräch nehmen neben der ärztlichen Direktion auch Vertreter:innen 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 vom Krankenhaus und den Peers eingeholt.

Die Analyse der Fälle ist umfangreich und beinhaltet Diagnostik, Therapie, Leitlinien, Arbeitsweise sowie die Dokumentation. Jede Krankengeschichte wird auf Basis von sieben Analyse-kriterien (z.B. Waren Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht? Wurde der Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?) durchgesehen und einer der drei Kategorien zugewiesen:

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

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

## 2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Inhalte sowie Ergebnisse aller vier Auswertungsschienen (reguläre Qualitätsindikatoren, Zusatzauswertungen, Qualitätsregister, Analysen zur Versorgungsqualität/Versorgungsdichte) dargestellt.

### 2.1 Reguläre Qualitätsindikatoren

In diesem Kapitel werden die regulären Qualitätsindikatoren mit Datenbasis 2019-2021 auf Bundesebene dargestellt. Für viele davon sind auch Werte für Deutschland und die Schweiz verfügbar. Im Anhang finden sich zum besseren Verständnis eine Erläuterung der Darstellung und ein Lesebeispiel.

Datengrundlage ist der Basisdatensatz der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des LKF-Systems. Es werden einzelne Aufenthalte betrachtet und das QDok ist das technische IT-Tool für die Auswertung der Indikatoren. Insgesamt beinhaltet dieses Indikatorenset 430 Einzelkennzahlen in 55 Themengebieten wie etwa 02 Herzinsuffizienz, 18 Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen), 49 Intensivbetreuung und Beatmung oder 54 Mindestmengen.

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021						JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.		Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
<b>01 - Herzinfarkt</b>														
01.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	5,0%	802	16.032	124	28	8	x	5,6%	4,5%	8,2%	4,6%
01.11	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	3,4%	21	619	75	57			1,4%	1,0%	2,7%	1,1%
01.12	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	2,0%	119	5.895	101	18	6		2,0%	1,6%	4,4%	1,8%
01.13	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	5,3%	415	7.882	120	30	8		6,0%	4,6%	8,7%	4,9%
01.14	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	15,1%	247	1.636	109	48	3		17,9%	14,8%	17,3%	13,2%
01.20	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Linksherzkatheter	V		40,0%	6.415	16.032	124	28			40,0%	41,8%	20,1%	33,0%
01.21	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK (Erstbehandlung)	V		37,4%	4.567	12.206	120	25			37,1%	39,3%	16,5%	36,7%
01.22	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Fälle ohne LHK	V		48,3%	1.848	3.826	101	30			50,1%	50,0%	49,1%	20,0%
01.23	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK u./o. ohne Kor.OP.	V		37,3%	4.554	12.206	120	25			37,0%	39,2%		36,4%
01.31	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Direktaufnahmen ohne Transfer, Anteil Todesfälle	T		9,2%	730	7.923	113	35			10,0%	8,4%	8,3%	6,5%
01.32	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T		1,9%	72	3.826	101	30			2,3%	1,8%	7,2%	3,0%
01.33	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), mit Reanimation, Anteil Todesfälle	T		31,1%	46	148	39	36			30,3%	25,7%		
01.41	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil n.n.b. akute Infarktformen	V		0,4%	56	15.992	124	28			0,5%	0,8%	1,1%	1,7%
01.42	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil transmuraler Herzinfarkt	V		41,5%	6.639	15.992	124	28			42,6%	41,1%	32,9%	41,8%
01.43	Hauptdiagnose transmuraler Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	7,7%	514	6.639	110	27	4		8,2%	6,8%	12,0%	6,5%
01.44	Hauptdiagnose nichttransmuraler Herzinfarkt / NSTEMI (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		2,9%	271	9.297	116	24			3,4%	2,7%	5,7%	2,6%
01.50	Zusatzdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		15,5%	949	6.106	135	42			16,2%	15,8%	19,2%	15,6%
<b>02 - Herzinsuffizienz</b>														
02.10	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	9,2%	2.145	23.312	140	14	20		9,3%	8,6%	8,3%	7,6%
02.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	1,5%	2	136	63	62			3,5%	2,9%	2,0%	5,6%
02.12	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	4,4%	82	1.846	117	52	5		4,3%	3,7%	3,3%	2,6%
02.13	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	7,6%	955	12.561	140	17	13		7,5%	6,6%	7,0%	6,4%
02.14	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	12,6%	1.106	8.769	133	14	14		13,1%	12,5%	12,2%	10,0%
02.15	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Herzinsuffizienz n.n.bez.	V		49,6%	11.558	23.312	140	14			49,0%	44,1%		
02.20	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	8,8%	642	7.324	130	37	10		8,9%	8,5%		
02.21	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium I (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	1,4%	3	217	65	60	1		4,8%	4,6%		
02.22	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium II (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	2,1%	23	1.116	107	72	4		1,7%	1,3%		
02.23	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium III (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	2,9%	82	2.805	122	64	5		2,8%	3,5%		
02.24	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium IV (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	16,8%	531	3.158	116	47	7		17,7%	19,2%		
02.25	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium n.n.bez. (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	10,7%	3	28	5	4			6,7%	6,8%		
02.31	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium I	V		3,0%	217	7.324	130	37			2,7%	4,5%		
02.32	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium II	V		15,2%	1.116	7.324	130	37			15,6%	16,8%		
02.33	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium III	V		38,3%	2.805	7.324	130	37			39,5%	43,8%		
02.34	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium IV	V		43,1%	3.158	7.324	130	37			41,5%	33,9%	51,0%	54,4%
02.35	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium n.n.bez.	V		0,4%	28	7.324	130	37			0,6%	1,1%		



		A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
<b>03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter</b>								x				
03.10	Linksherzkatheter mit Koronardiagnostik/-intervention insgesamt (Alter > 19)	M		55.685	62	19			52.082	57.481		
03.20	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	3,3%	314	9.412	48	18	4	3,3%	2,5%	6,1%	3,4%
03.21	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,8%	7	393	26	10		0,8%	1,1%		
03.22	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	1,7%	65	3.851	39	11	1	1,5%	1,2%		
03.23	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	4,0%	184	4.562	45	16	3	4,3%	3,2%		
03.24	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T < (EW)	9,6%	58	606	32	9	2	9,8%	6,6%		
03.25	Linksherzkatheter b. Herzinfarkt (Alter > 19), o. Herz-OP, Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T	1,6%	31	1.936	28	7		1,3%	1,3%	7,0%	2,3%
03.30	Diagnostischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,7%	206	30.117	57	22	2	0,7%	0,6%	1,4%	2,0%
03.31	Diagn. Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Zutransf., Anteil Todesfälle	T	1,5%	20	1.380	33	11		1,6%	1,5%	4,5%	3,6%
03.32	Diagn. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	0,5%	136	29.105	56	21		0,5%	0,4%	1,1%	1,5%
03.40	Therapeutischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,5%	205	14.077	46	13	7	1,5%	1,5%	1,7%	1,2%
03.41	Therap. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Zutransf., Anteil Todesfälle	T	3,0%	20	676	27	9		4,4%	4,0%	5,9%	6,0%
03.42	Therap. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	1,2%	161	13.644	42	9		1,2%	1,2%	1,3%	0,7%
03.51	Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Anteil diagnostischer Katheter	V	68,2%	30.117	44.194	57	20		68,1%	69,5%	64,3%	52,8%
03.52	Linksherzkatheter bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M			306	17	13		262	293		
<b>04 - Herzrhythmusstörungen</b>												
04.10	Hauptdiagnose Herzrhythmusstörungen	M		34.419	146	23			32.604	39.235		
<b>05 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator</b>												
05.10	Schrittmacherversorgung insgesamt	M		10.439	81	15			9.936	10.400		
05.11	Defibrillatoren ohne Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M		1.296	48	16			1.357	1.435		
05.12	Defibrillatoren mit Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M		823	36	19			816	866		
05.13	Herzschrittmacher Einkammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M		1.742	71	28			1.634	1.778		
05.14	Herzschrittmacher Zweikammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M		6.131	80	16			5.760	5.900		
05.15	Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (Implantationen oder Wechsel)	M		479	35	22			391	458		
<b>06 - Ablative Therapie</b>												
06.10	Kathetergestützte ablativ Therapie	M		4.746	24				4.137	4.392		
06.20	Chirurgische ablativ Therapie	M		142	7	3			121	133		
06.30	Komplette elektrophysiologische Abklärungen	M		3.973	25	3			3.415	3.578		
<b>07 - Operationen am Herzen</b>								x				
07.10	Herzoperationen insgesamt	M		8.238	24	12			7.665	8.232		
07.11	Operationen der Herzklappen	M		5.125	18	6			4.845	5.024		
07.12	Operationen der Koronargefäße	M		3.067	14	5			2.860	3.209		
07.13	Andere Operationen am Herzen	M		1.038	17	8			967	1.213		

		Typ	ZW	A-IQI 2021					JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele		KA auff.	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
07.14	Kombinierte Herzoperationen	M			953	12	3		968	1.164				
07.15	Herzoperationen bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M			498	6	3		472	546				
07.16	Herzoperationen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		3,4%	265	7.740	23	12		3,5%	3,5%			
07.20	Chirurgischer Aortenklappenersatz (Alter > 19)	M			1.477	11	2		1.529	1.766				
07.21	Isolierter chir. Aortenklappenersatz oh. weitere Herzoperation (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,3%	10	745	10	1		1,6%	2,0%	2,3%	0,6%	
07.22	Chirurgischer Aortenklappenersatz mit Mitralklappenersatz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		8,8%	8	91	10	7		8,8%	11,1%	13,2%	3,8%	
07.23	Chir. Aortenklappenersatz mit anderem Eingriff am Herzen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		6,1%	39	641	11	2		5,8%	4,2%	6,7%	4,1%	
07.31	Kathetergestützte Implantationen einer Aortenklappe, Anteil Todesfälle	T		1,5%	29	1.908	14	5		2,3%	2,4%	2,5%	1,8%	
07.32	Kathetergestützte Implantationen einer Mitralklappe, Anteil Todesfälle	T		4,3%	16	373	13	3		3,6%	4,0%	3,0%	3,4%	
07.41	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,8%	9	188	9	2		12,0%	5,3%	5,9%	2,6%	
07.50	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	2,0%	42	2.066	13	4	1	1,9%	1,7%	2,0%	1,2%	
07.51	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 20-49, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	5,0%	4	80	9	5		3,1%	1,3%	1,3%		
07.52	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 50-59, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	0,7%	3	433	9		1	0,2%	0,8%	1,0%	0,3%	
07.53	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1,1%	8	749	10	1	1	0,8%	0,8%	1,6%	0,7%	
07.54	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	3,0%	20	674	12	3	2	2,9%	2,6%	2,6%	1,8%	
07.55	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe >= 80, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	5,4%	7	130	10	3		6,9%	4,9%	3,8%	4,3%	
07.61	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Beatmung > 2 Tage	K		30,2%	623	2.066	13	4		27,0%	27,4%			
07.62	Operationen nur an den Koronargefäßen (Alter > 19), Anteil mit Herzinfarkt	V		8,3%	188	2.254	13	4		7,8%	7,6%			
07.63	OP an den Koronargefäßen mit anderen Herzoperationen (Alter>19), Anteil Todesfälle	T		6,8%	55	812	11	2		7,4%	6,8%	9,9%	5,8%	
<b>08 - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhaut</b>														
08.10	Hauptdiagnose bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhäute	M				3.711	110	68		3.632	3.796			
08.20	Operationen am Gehirn bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		1,8%	12	661	13	1		2,2%	2,4%	2,5%	2,0%	
<b>09 - Schlaganfall</b>														
09.10	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	9,2%	2.176	23.698	135	28	16	x	9,1%	8,7%	9,0%	7,5%
09.11	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	3,5%	31	899	70	37	2		4,2%	2,8%	3,0%	2,6%
09.12	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,2%	223	5.343	113	63	3		4,4%	3,6%	4,2%	3,3%
09.13	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	8,8%	1.148	13.083	130	45	10		8,7%	7,8%	8,5%	7,0%
09.14	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	17,7%	774	4.373	126	56	4		17,4%	18,3%	16,7%	13,8%
09.20	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		42,4%	10.053	23.698	135	28		43,6%	44,5%			
09.21	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19) Direktaufn., Anteil Fälle o. Stroke Unit Behandlung	V		38,0%	7.740	20.383	132	30		38,4%	39,7%			
09.22	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19) Zutransf., Anteil Fälle o. Stroke Unit Behandlung	V		69,8%	2.313	3.313	102	53		73,8%	71,5%			
09.30	Stroke Unit, Anteil Nicht-Schlaganfälle auf Stroke Unit	V		20,7%	4.825	23.361	51	6		19,8%	19,6%			

		A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020	
09.40	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,7%	1.313	19.564	127	31	13		6,3%	6,3%	6,7%	5,0%
09.41	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < (EW)	0,7%	4	589	56	26	3		0,9%	1,1%		
09.42	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < (EW)	2,1%	88	4.119	99	53	2		1,8%	1,4%		
09.43	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)	6,0%	665	11.090	123	49	10		5,6%	5,2%		
09.44	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < (EW)	14,8%	556	3.766	113	56	7		14,2%	15,3%		
09.51	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit systemischer Thrombolyse	V	13,7%	2.687	19.564	127	31			14,1%	13,3%	14,4%	12,9%
09.52	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) auf Stroke Unit, Anteil Fälle mit syst. Thrombolyse	V	21,1%	2.584	12.233	48	6			21,9%	21,0%		
09.53	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit systemischer Thrombolyse, Anteil Todesfälle	T	6,7%	180	2.687	54	15			7,1%	7,1%	7,2%	6,5%
09.54	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit intrakranieller Thrombektomie	V	5,6%	1.087	19.564	127	31			4,7%	4,8%	6,9%	7,7%
09.55	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit intrakranieller Thrombektomie, Anteil Todesfälle	T	10,1%	110	1.087	15	2			11,5%	12,2%	19,9%	12,1%
09.56	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Direktaufnahmen, Anteil Todesfälle	T	6,7%	1.129	16.989	124	33			6,4%	6,4%	6,4%	4,8%
09.57	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T	7,2%	184	2.575	92	48			5,6%	5,6%	8,4%	5,8%
09.60	Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	24,7%	697	2.817	113	62			26,1%	24,2%	24,3%	22,8%
09.70	Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	12,6%	161	1.275	108	76			12,2%	11,3%	14,8%	13,9%
09.81	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Schlaganfall n.n.b.	V	0,2%	42	23.698	135	28			0,1%	0,1%	0,6%	3,1%
09.82	Hauptdiagnose Schlaganfall nicht näher bezeichnet (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	11,9%	5	42	12	11			19,0%	6,1%	10,0%	5,5%
09.83	Modifizierte Rankin-Skala vor Insult, Anteil nicht erhebbbar	V	6,9%	741	10.699	129	37			10,1%	10,2%		
09.84	Modifizierte Rankin-Skala, Anteil Vollständigkeit der Diagnosen	V	97,0%	10.492	10.819	132	39			96,2%	94,6%		
09.85	Modifizierte Rankin-Skala, Diagnose vorbehandelter Insult ohne Zutransfer	M			1.364	95	70			1.266	1.639		
<b>10 - Transitorisch ischämische Attacke (TIA)</b>													
10.10	Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA), Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,3%	16	6.484	122	53	12		0,2%	0,2%		0,1%
10.20	Hauptdiagnose TIA, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V	59,3%	3.843	6.484	122	53			58,7%	60,9%		57,9%
<b>11 - Epilepsie</b>													
11.10	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter > 19	M			9.277	136	55			8.986	10.147		
11.20	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter < 20	M			3.717	64	25			3.502	3.944		
<b>12 - Multiple Sklerose</b>													
12.10	Hauptdiagnose Multiple Sklerose	M			2.981	108	61			2.948	3.792		
<b>13 - Lungenentzündung (Pneumonie)</b>													
13.10	Pneumonie ambulant und im stationären Aufenthalt erworben, Anteil Todesfälle	T < (EW)	15,6%	6.948	44.583	155	13	30	x	14,6%	11,2%		
13.11	Pneumonie ambulant erworben (community-acquired pneumonia), Anteil Todesfälle	T < (EW)	15,1%	6.227	41.175	152	14	18		14,3%	10,7%		
13.12	Pneumonie im stat. Aufenthalt erworben (hospital-acquired pneumonia), Anteil Todesfälle	T < (EW)	21,4%	742	3.476	135	55	10		19,5%	18,2%		
13.13	Pneumonie, Anteil ambulant erworben	V	92,4%	41.175	44.583	155	13			92,6%	92,7%		
13.14	Pneumonie, Anteil im stationären Aufenthalt erworben	V	7,8%	3.476	44.583	155	13			7,6%	7,5%		

		Typ	ZW	A-IQI 2021					JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle		KA auff.	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
13.20	Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	13,8%	3.280	23.732	145	19	15		12,5%	9,8%	15,6%	9,8%
13.21	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe < 20, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	0,3%	5	1.496	58	18	2		0,4%	0,1%	0,3%	0,5%
13.22	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	2,9%	29	1.016	113	75	2		2,1%	1,3%	1,7%	0,9%
13.23	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	6,4%	227	3.558	128	31	1		5,4%	4,0%	6,2%	2,3%
13.24	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	14,3%	1.622	11.378	139	23	11		12,3%	9,5%	17,6%	11,1%
13.25	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	22,2%	1.397	6.284	131	24	10		20,5%	18,0%	27,5%	20,0%
13.30	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter > 19, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	12,1%	2.098	17.306	140	22	11		11,1%	8,7%	14,1%	8,4%
13.31	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	1,8%	15	855	108	78	1		1,3%	0,8%	0,9%	0,2%
13.32	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	4,5%	124	2.771	120	34	3		4,2%	2,6%	3,9%	1,1%
13.33	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	11,3%	981	8.676	135	24	12		9,9%	7,5%	14,9%	9,0%
13.34	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe >=85, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	19,5%	978	5.004	128	23	10		18,4%	15,9%	26,1%	18,8%
13.40	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter < 20, Anteil Todesfälle	T		0,1%	1	1.262	57	19			0,4%	0,0%	0,4%	0,2%
13.50	Hauptdiagnose Aspirationspneumonie, Anteil Todesfälle	T		30,8%	788	2.555	125	44			30,7%	28,9%	28,5%	20,4%
13.60	HD Bronchitis/Bronchiolitis o. Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter > 19, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	1,7%	20	1.176	116	71	6		1,4%	1,4%	2,2%	
<b>14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)</b>														
14.10	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	4,7%	505	10.722	138	24	11		4,4%	3,6%	4,6%	4,0%
14.11	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=70%, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	5,9%	45	758	103	80	2		3,2%	2,8%	1,5%	1,1%
14.12	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=50% und <70%, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	2,0%	42	2.123	125	58	5		1,5%	1,0%	1,1%	2,6%
14.13	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=35% und <50%, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	3,1%	99	3.194	128	40	4		2,8%	2,4%	2,1%	3,4%
14.14	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 <35%, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	6,9%	317	4.591	128	41	7		7,1%	5,8%	5,4%	6,1%
14.15	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 n.n.bez., Anteil Todesfälle	T	<(EW)	3,6%	2	56	13	12			4,1%	1,7%	6,9%	4,0%
14.21	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=70%	V		7,1%	758	10.722	138	24			7,2%	7,5%		
14.22	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=50% und <70%	V		19,8%	2.123	10.722	138	24			20,4%	20,1%		
14.23	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=35% und <50%	V		29,8%	3.194	10.722	138	24			29,7%	29,5%		
14.24	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 <35%	V		42,8%	4.591	10.722	138	24			42,4%	42,6%		
14.25	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 n.n.bez.	V	<(BD)	0,5%	56	10.722	138	24	6		0,4%	0,4%	32,6%	18,7%
<b>15 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)</b>														
15.10	Resektionen von Lunge oder Bronchien, Anteil Todesfälle	T		1,7%	40	2.363	37	20		x	1,6%	1,5%	2,8%	1,7%
15.21	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T		1,3%	16	1.249	22	8			1,4%	1,2%		
15.22	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil abnorme Verläufe	K	<(BD)	3,1%	39	1.249	22	8	1		4,4%	2,8%		
15.23	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Pneumektomien	O	<(BD)	4,9%	61	1.249	22	8	2		5,7%	5,5%	5,6%	3,6%
15.31	Pneumektomien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T		6,6%	4	61	15	14			5,9%	9,9%	11,8%	13,1%
15.32	Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	<(BD)	1,0%	12	1.188	22	9			1,2%	0,7%		
15.33	Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Lobektomien	V		75,9%	902	1.188	22	9			79,9%	80,3%		
15.34	Teilresektionen der Lunge (ohne Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	<(BD)	1,8%	5	286	21	12			1,3%	0,4%	2,2%	1,6%

	Typ	ZW	A-IQI 2021						JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
			Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele	KA auff.		Ö 2020	Ö 2019			D 2020
15.35	Lobektomien der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,8%	7	902	19	6	1		1,1%	0,7%		
15.41	Resektionen von Lunge / Bronchien b. sek. bösartiger Neubildung der Lunge, Anteil Todesfälle	T		0,7%	2	287	26	17			0,0%	0,3%		
15.42	Resektionen von Lunge / Bronchien b. entzündlichen Erkrankungen d. Lunge, Anteil Todesfälle	T		6,3%	14	224	21	16			5,2%	4,4%		
15.50	Pleurektomie, Anteil Todesfälle	T		6,0%	29	481	36	26			4,7%	5,4%	8,0%	4,6%
15.51	Pleurektomie bei malignen Erkrankungen, Anteil Todesfälle	T		12,2%	10	82	15	13			4,0%	14,9%		
15.60	Pleuraempyem (ohne Wegtransferierungen), Anteil operative Versorgung	V		39,3%	251	638	98	87			47,8%	38,4%		
<b>16 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen/Cholezystitis (Cholezystektomie)</b>										x				
16.10	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil offene Operationen	O	< (BD)	5,78%	848	14.660	119	8	18		6,50%	6,32%	5,4%	3,0%
16.20	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,32%	47	14.660	119	8	10		0,40%	0,43%	0,6%	0,2%
16.30	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	0,89%	131	14.660	119	8	5		1,24%	1,20%		
16.40	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,12%	17	13.812	119	8	14		0,22%	0,17%		
16.50	Laparoskopische Cholezystektomien o. Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	1,41%	195	13.812	119	8	14		1,77%	1,58%		
16.60	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger	K	< (BD)	1,32%	185	13.997	119	8	16		1,61%	1,40%	3,1%	
16.70	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil ERCP nach OP-Tag	K	< (BD)	1,34%	185	13.812	119	8	10		1,37%	1,23%		
<b>17 - Operationen von Hernien</b>										x				
17.10	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		64,1%	16.374	25.558	127	7			65,1%	67,3%		
17.11	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		45,1%	7.944	17.623	124	7			46,6%	49,1%		
17.12	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		88,6%	2.514	2.837	117	34			88,3%	89,6%		
17.20	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,1%	18	25.558	127	7	16		0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
17.21	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		0,0%	4	17.623	124	7			0,0%	0,1%		
17.22	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		0,3%	9	2.837	117	34			0,3%	0,1%		
17.30	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	0,5%	129	25.558	127	7	7		0,5%	0,6%		
17.31	OP v. Inguinal- u. Femoralhernien o. Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I		0,2%	33	17.623	124	7			0,3%	0,3%		
17.32	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I		2,8%	78	2.837	117	34			2,5%	2,2%		
17.40	Hernien-Operationen ohne Darmoperation bei Kindern	M				805	46	31			749	966		
17.50	Hernien-Operationen mit Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		6,1%	16	261	88	83			5,4%	5,4%	2,0%	3,1%
<b>18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)</b>										x				
18.10	Haupt- / Zusatzdiagnose Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	M				10.174	149	32			10.050	11.458		
18.20	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	6,0%	506	8.384	122	24	7		6,5%	5,8%	7,6%	4,2%
18.31	Kolonresektionen bei Karzinom ohne komplizierende Diagnose, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	3,4%	84	2.498	106	31	5		3,8%	3,3%	3,9%	2,1%
18.32	Kolonresektionen b. Karzinom o. kompl. Diagnose, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	9,7%	241	2.498	106	31	4		9,5%	9,6%		
18.33	Kolonresektionen bei Karzinom mit komplizierender Diagnose, Anteil Todesfälle	T		12,7%	38	300	85	81			14,8%	11,9%	12,3%	6,4%
18.34	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC I	V		27,4%	683	2.495	106	27			26,3%	28,0%		
18.35	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC II	V		31,5%	787	2.495	106	27			32,9%	33,3%		

		A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
	Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
18.36	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC III	V	26,6%	664	2.495	106	27			26,6%	24,2%		
18.37	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC IV	V	16,2%	405	2.495	106	27			15,7%	16,1%		
18.41	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Todesfälle	T < (BD)	2,1%	19	918	81	46	1		1,5%	2,4%	3,1%	1,7%
18.42	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Rektumexstirpation	O	22,2%	204	918	81	46			21,3%	20,5%		
18.43	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC I	V	27,9%	271	971	84	48			30,3%	31,0%		
18.44	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC II	V	27,2%	264	971	84	48			30,7%	32,1%		
18.45	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC III	V	31,6%	307	971	84	48			27,5%	26,6%		
18.46	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC IV	V	13,3%	129	971	84	48			11,7%	10,7%		
18.51	Kolorektale Res. b. Divertikel o. Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,4%	3	855	93	59	2		0,8%	0,5%	1,0%	0,3%
18.52	Kolorektale Res. b. Divertikel mit Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T	6,0%	53	879	98	58			5,7%	3,5%	5,4%	3,4%
18.53	Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Anteil Todesfälle	T	42,5%	85	200	66	64			40,6%	39,5%	43,4%	29,2%
18.54	Kolorektale Resektionen bei Colitis oder Crohn, Anteil Todesfälle	T	1,8%	7	400	68	57			1,7%	2,1%	3,1%	2,0%
18.55	Kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T	9,3%	217	2.334	114	47			10,1%	9,4%	8,3%	5,8%
18.60	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < (BD)	1,2%	116	9.686	112	17	11		1,2%	1,4%		
<b>19 - Magenoperationen</b>									x				
19.10	Hauptdiagnose Ulcus von Magen, Duodenum oder Jejunum (ohne Tumor), Anteil Todesfälle	T	4,4%	152	3.464	129	34			4,7%	3,4%	4,9%	3,6%
19.20	Magenresektionen insgesamt	M			1.276	93	48			1.336	1.394		
19.21	Magenresektionen ohne Ösophaguseingriff bei Magenkarzinom, Anteil Todesfälle	T	4,84%	28	579	77	53			4,3%	3,9%	5,9%	2,3%
19.22	Magenresektionen o.Ösophaguseingr.b.Magenkarzinom, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	11,9%	69	579	77	53			10,5%	11,6%		
19.23	Magenresektionen kombiniert mit komplexem Eingriff am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T	3,5%	1	29	11	11			16,3%	6,9%	12,1%	2,5%
19.24	Partielle und totale Magenresektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T	10,3%	69	668	88	70			12,7%	13,4%	5,3%	0,6%
19.30	Adipositas-Chirurgie, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,04%	1	2.542	37	2	1		0,2%	0,1%	0,1%	
19.31	Adipositas-Chirurgie, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	2,8%	71	2.542	37	2	4		3,5%	3,0%		
<b>20 - Große Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus)</b>													
20.10	Komplexe Eingriffe am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T	4,5%	17	381	39	28			3,6%	3,9%	7,8%	3,6%
<b>21 - Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber</b>													
21.10	Pankreaseingriffe insgesamt (Alter > 19, ohne Transplantationen), Anteil Todesfälle	T	7,7%	84	1.090	54	24			6,8%	7,1%	8,9%	3,4%
21.11	Pankreasresektionen b. bösartiger Neub. d. Pankreas (Alter > 19, inkl. IPMN), Anteil Todesfälle	T	5,4%	38	701	44	19			6,0%	6,7%	7,3%	3,1%
21.12	Andere lokale oder kleinere Eingriffe am Pankreas, Anteil Todesfälle	T	16,2%	19	117	33	31			8,9%	9,7%	13,5%	4,6%
21.21	Anatomische Leberresektionen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	3,9%	25	641	41	22			3,1%	4,8%	5,9%	4,4%

		A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020	
<b>22 - Eingriffe an der Schilddrüse</b>													
22.10	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,2%	12	6.722	90	20	10		0,1%	0,2%		
22.11	Resektionen der Schilddrüse bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	0,3%	3	946	68	40			0,1%	0,6%		
22.12	Resektionen der Schilddrüse bei gutartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	0,1%	6	5.704	88	20			0,1%	0,1%		
22.20	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Beatmung > 1 Tag	K	1,0%	70	6.722	90	20			0,9%	1,0%		
22.30	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < (BD)	1,0%	65	6.722	90	20	6		0,6%	0,9%		
22.40	Radiojodtherapien	M			1.188	9	1			1.144	1.133		
<b>23 - Eingriffe an den Tonsillen</b>													
23.10	Tonsillektomien und Tonsillotomien, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,1%	4	5.987	61	12	3		0,0%	0,0%		
<b>24 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien</b>													
									x				
24.10	Extrakranielle Gefäßoperationen an der A.carotis, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,6%	13	2.309	42	10	2		0,7%	0,7%	1,0%	1,2%
24.20	Perkutane Stentimplantationen in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,9%	6	313	27	14	2		2,0%	1,1%	1,9%	3,7%
24.30	Extrakranielle Gefäßoperationen bei Herz-/Gefäßoperation, Trauma oder HNO-Tumor	M			205	23	14			179	192		
24.40	Intrakranielle perkutan-transluminale Gefäßinterventionen	M			1.388	15	2			1.197	1.238		
<b>25 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)</b>													
									x				
25.10	Eingriffe an der Aorta insgesamt	M			2.211	43	17			2.034	2.285		
25.20	Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene und endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T < (BD)	2,9%	37	1.299	31	12	3		2,6%	3,2%		
25.21	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene Eingriffe, Anteil Todesfälle	T < (BD)	3,0%	6	202	22	16			5,7%	6,6%	6,3%	2,3%
25.22	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T < (BD)	2,0%	11	550	28	12	1		1,5%	1,8%	1,3%	0,6%
25.23	Thorak. / thorakoabd. Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Ingr., Anteil Todesfälle	T < (BD)	3,3%	22	658	18	8	1		2,6%	3,2%		
25.30	Aortendissektion, Anteil Todesfälle	T	13,2%	124	940	113	92			12,6%	13,3%		
25.40	Aortenaneurysma rupturiert, Anteil Todesfälle	T	29,1%	117	402	83	72			31,4%	34,7%	39,8%	36,3%
25.41	Aortenaneurysma rupturiert mit Operation, Anteil Todesfälle	T	19,2%	28	146	23	19			26,2%	30,4%	31,4%	25,5%
<b>26 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien</b>													
									x				
26.11	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Todesfälle	T < (BD)	2,9%	107	3.747	58	15	4		3,5%	3,1%	5,9%	4,9%
26.12	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil mit Amputation untere Extremität	V	4,2%	158	3.747	58	15			3,4%	3,1%		
<b>27 - Amputationen</b>													
									x				
27.10	Amputationen im Fußbereich, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T	2,3%	63	2.758	126	54			2,4%	2,6%	3,3%	2,4%
27.21	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T < (BD)	14,0%	222	1.586	98	51			12,3%	13,1%	14,9%	7,6%
27.22	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil mit Becken-Bein-OP oder PTA	V	19,5%	309	1.586	98	51			16,3%	18,9%		

		A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
<b>28 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA, stationär)</b>								x				
28.10	PTA der Viszeral- und Bein Gefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil Todesfälle	T < (BD)	1,3%	147	11.630	75	18	8	1,6%	1,2%	2,8%	2,7%
28.11	PTA der Viszeral- und Bein Gefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil mit Becken-Bein-OP	V	8,3%	969	11.630	75	18		7,6%	6,4%		
28.12	PTA der Viszeral- u. Bein Gefäße (PTA u. Stent, o. Aorta), Anteil m. Amputation unt. Extremität	V	1,9%	220	11.630	75	18		1,7%	1,8%		
<b>29 - Geburten</b>								x				
29.10	Geburten, Anteil Todesfälle der Mutter	T = (SE)	0,00%	2	83.944	81	2	2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
29.20	Vaginale Geburten, Anteil Dammriss 3. und 4. Grades	K	2,2%	1.289	57.834	79			2,2%	2,1%	1,9%	2,8%
29.30	Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectorate)	O	31,1%	26.113	83.944	81	2		30,3%	30,3%	31,5%	32,2%
29.31	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter < 35	O	28,5%	18.024	63.280	81	2		27,9%	28,0%		
29.32	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter >= 35	O	39,2%	8.089	20.664	80	1		37,9%	37,5%		
<b>30 - Stationär aufgenommene Neugeborene</b>								x				
30.10	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter	M			5.449	49	6		5.125	5.430		
30.11	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter, Zutransferierungen	M			673	28	15		653	728		
30.12	Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht oder extremer Unreife	M			452	26	13		480	479		
<b>31 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)</b>								x				
31.11	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,04%	3	6.800	92	6	3	0,02%	0,03%	0,04%	0,02%
31.12	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	0,5%	34	6.800	92	6	6	0,5%	0,5%		
31.21	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil abdominale Operationen	O < (BD)	15,4%	1.048	6.799	91	5	17	14,4%	15,1%		
31.22	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil laparoskopische Operationen	O	43,6%	2.965	6.799	91	5		43,7%	38,0%		
31.23	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil vaginale Operationen	O	41,0%	2.787	6.799	91	5		41,9%	46,9%		
31.24	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (o. suprazerv. OP), Anteil abdominale Operationen	O < (BD)	17,6%	1.048	5.967	91	8	14	16,6%	17,1%		
31.25	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne Plastik), Anteil abdominale Operationen	O < (BD)	21,2%	1.008	4.748	92	9	17	19,7%	21,6%	12,1%	12,1%
<b>32 - Entfernung von Ovarien und/oder Gebärmutter bei bösartiger Neubildung</b>												
32.10	Ovariectomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	0,7%	4	562	72	52		0,9%	1,0%	1,9%	0,6%
32.20	Hysterektomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	0,2%	3	1.396	85	41		0,4%	0,4%	0,6%	0,3%
<b>33 - Eingriffe an der Brust</b>												
33.10	Eingriffe an der Brust (Mammaresektionen und -plastiken)	M			15.700	108	27		14.185	16.065		
33.11	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil nicht-brusterhaltend	O	23,7%	1.928	8.133	78	8		25,7%	25,4%	28,2%	26,2%



		A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
<b>34 - Eingriffe am Beckenboden</b>												
34.10	Suspensionsoperationen und Plastiken im Bereich des Beckenbodens insgesamt	M		3.651	92	10			3.095	3.981		
34.11	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Genitalprolaps	M		3.476	92	11			2.959	3.768		
34.12	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Inkontinenz	M		85	30	29			78	129		
34.13	Suspensionsoperationen und Plastiken bei anderer Diagnose	M		90	28	27			58	84		
<b>35 - Hüftgelenkersatz</b>												
35.10	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,04%	7	17.250	108	8	7	0,05%	0,06%	0,1%	0,1%
35.20	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Schenkelhals- u. pertroch. Fraktur, Anteil Todesfälle	T	4,2%	195	4.647	103	28		3,9%	3,7%	5,5%	3,9%
35.30	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T	5,5%	58	1.047	104	62		6,5%	4,8%	5,0%	2,2%
35.40	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)	0,9%	155	17.250	108	8	8	1,1%	1,1%		
<b>36 - Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese</b>												
36.10	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T = (SE)	3,2%	79	2.497	103	38	43	3,1%	2,7%		
36.11	Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T	0,9%	11	1.172	95	54		1,0%	1,1%	1,4%	0,2%
36.12	Hüft-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T	4,1%	35	852	89	57		3,9%	3,4%	4,6%	2,7%
36.21	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V	23,8%	593	2.497	103	38		23,3%	24,5%		
36.22	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V	10,3%	257	2.497	103	38		11,5%	10,4%		
36.23	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Bruch	V	3,0%	74	2.497	103	38		3,1%	3,0%		
36.24	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Lockerung	V	28,2%	704	2.497	103	38		29,8%	28,9%		
36.25	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Periprothetische Fraktur	V	19,3%	481	2.497	103	38		16,9%	16,0%		
36.26	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Materialabrieb	V	6,7%	166	2.497	103	38		7,2%	7,2%		
36.27	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V	3,1%	78	2.497	103	38		3,1%	3,4%		
<b>37 - Kniegelenkersatz</b>												
37.10	Knie-Endoprothesen-Erstimpl. b. Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,03%	6	17.399	106	9	6	0,02%	0,05%	0,06%	0,02%
37.20	Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T = (SE)	0,3%	2	746	95	68	1	0,8%	0,6%	0,3%	0,2%
<b>38 - Wechsel einer Kniegelenkendoprothese</b>												
38.10	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T = (SE)	1,3%	24	1.913	98	38	15	0,8%	1,2%		
38.11	Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T	0,4%	4	963	87	50		0,2%	0,4%	0,3%	0,1%
38.12	Knie-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T	1,7%	10	575	82	64		1,5%	1,8%	2,1%	2,0%
38.21	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V	33,5%	641	1.913	98	38		33,1%	29,5%		
38.22	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V	6,1%	116	1.913	98	38		6,9%	6,6%		
38.23	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Bruch	V	2,8%	53	1.913	98	38		2,1%	3,1%		
38.24	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Lockerung	V	23,8%	456	1.913	98	38		23,9%	24,7%		
38.25	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Materialabrieb	V	6,3%	120	1.913	98	38		7,5%	5,5%		

		Typ	ZW	A-IQI 2021					JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzah	KA <10 Faelle		KA auff.	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
38.26	Knie-Endoprothesen-Revisionen insg., Anteil Revisionsgrund Schmerzen unkl. Genese	V		4,3%	82	1.913	98	38			5,9%	4,9%		
38.27	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V		6,0%	115	1.913	98	38			6,5%	7,3%		
<b>39 - Hüft- oder Kniegelenkersatz Spezialfälle</b>														
39.10	Hüft- oder Knie-Endoprothese bei Tumor, Anteil Todesfälle	T		6,1%	32	521	78	59			6,3%	4,7%	6,7%	4,3%
39.20	Hüft- und Knie-Endoprothese kombiniert, Anteil Todesfälle	T		4,0%	1	25	16	16			0,0%	2,6%	3,9%	
<b>40 - Hüftgelenknahe Frakturen</b>														
40.10	Hüftgelenknahe Fraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		4,0%	423	10.701	110	28	6	x	3,4%	3,3%		
40.11	Hüftgelenknahe Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,7%	5	746	85	50	4		0,3%	0,4%		
40.12	Hüftgelenknahe Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,8%	8	1.048	87	38	5		0,4%	1,3%		
40.13	Hüftgelenknahe Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,0%	49	2.519	103	36	3		2,0%	1,6%		
40.14	Hüftgelenknahe Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,6%	83	2.282	94	26	5		2,8%	2,7%		
40.15	Hüftgelenknahe Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < (EW)		5,1%	106	2.076	87	24	4		4,4%	3,6%		
40.16	Hüftgelenknahe Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < (EW)		8,5%	172	2.030	85	24	2		7,1%	7,7%		
40.21	Hüftgelenknahe Fraktur m. operativer Versorgung, Anteil m. OP am Aufnahme- oder Folgetag	V > (BD)		76,8%	8.215	10.701	110	28	19		78,0%	77,1%		
40.22	Hüftgelenknahe Fraktur mit operativer Versorgung, Anteil abnorme Verläufe	K < (BD)		3,6%	390	10.701	110	28	11		4,0%	4,1%		
40.30	Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,7%	211	5.737	107	31	5		3,3%	3,1%	4,9%	
40.31	Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,4%	2	494	79	60	2		0,2%	0,2%		
40.32	Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < (EW)		0,5%	3	632	85	61	1		0,3%	1,1%		
40.33	Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,6%	22	1.421	98	46	3		2,1%	1,6%		
40.34	Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,4%	44	1.280	88	37	3		3,2%	2,9%		
40.35	Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < (EW)		5,9%	59	1.007	85	47	2		5,0%	3,8%		
40.36	Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < (EW)		9,0%	81	903	82	44	2		7,8%	8,9%		
40.41	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil mit endoprothetischer Versorgung	V		68,7%	4.588	6.683	137	48			66,2%	62,2%		
40.42	Schenkelhalsfraktur mit endoprothetischer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		4,2%	193	4.588	103	28			3,9%	3,7%	5,4%	
40.43	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil mit osteosynthetischer Versorgung	V		17,2%	1.149	6.683	137	48			18,8%	20,6%		
40.44	Schenkelhalsfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		1,6%	18	1.149	93	52			1,2%	1,5%	1,4%	
40.50	Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung, Anteil mit OP am Aufnahme- oder Folgetag	V > (BD)		71,2%	4.084	5.737	107	31	18		72,5%	71,5%	85,0%	
40.60	Petrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < (EW)		4,3%	212	4.964	94	20	5		3,4%	3,4%	5,2%	
40.61	Petrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,2%	3	252	64	62			0,7%	1,0%		
40.62	Petrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < (EW)		1,2%	5	416	75	65	3		0,5%	1,6%		
40.63	Petrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < (EW)		2,5%	27	1.098	88	46	7		2,0%	1,7%		
40.64	Petrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < (EW)		3,9%	39	1.002	83	43	4		2,4%	2,4%		
40.65	Petrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < (EW)		4,4%	47	1.069	78	36	3		3,8%	3,5%		
40.66	Petrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < (EW)		8,1%	91	1.127	79	36	1		6,5%	6,8%		

		A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
40.71	Petrochantäre Fraktur (Alter > 19), Anteil mit endoprothetischer Versorgung	V										
40.72	Petrochantäre Fraktur mit endoprothetischer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T										
40.73	Petrochantäre Fraktur (Alter > 19), Anteil mit osteosynthetischer Versorgung	V										
40.74	Petrochantäre Fraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T										
40.80	Petrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung, Anteil mit OP am Aufnahme- oder Folgetag	V > (BD)										
40.91	Konservative Versorgung bei hüftgelenknaher Fraktur, Direktaufnahmen, Anteil Todesfälle	T										
40.92	Konservative Versorgung bei hüftgelenknaher Fraktur, Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T										
40.93	Versorgung b. hüftgelenknaher Fraktur b. Tumor od. sonstigen Ausschlüssen, Anteil Todesfälle	T										
<b>41 - Operationen der Wirbelsäule und des Rückenmarks</b>												
41.10	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark insgesamt	M										
41.11	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark, Anteil Todesfälle	T										
41.12	Operationen an der Wirbelsäule und am RM (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T = (SE)										
41.13	Operationen am Rückenmark/Spinalkanal	M										
41.21	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Tumor (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle	T										
41.22	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Trauma (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle	T										
41.23	Wirbelsäulen-OP bei Diszitis oder Osteomyelitis der Wirbelsäule, Anteil Todesfälle	T										
41.24	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T										
41.31	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 1 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T										
41.32	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 2 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T										
41.33	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, ab 3 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T										
41.41	Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T										
41.42	Alleinige Dekompression der Wirbelsäule ohne weitere WS-Eingriffe, Anteil Todesfälle	T										
41.43	Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, kompl. WS-OP), Anteil Todesfälle	T										
41.50	Andere OP an der Wirbelsäule oder am Rückenmark, Anteil Todesfälle	T										
<b>42 - Weitere Eingriffe am Bewegungsapparat inkl. Endoprothetik</b>												
42.10	Endoprothese am Schulter-/Ellenbogengelenk	M										

		Typ	ZW	A-IQI 2021					JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle		KA auff.	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
<b>43 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)</b>									x					
43.10	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,9%	7	795	52	20	1		0,5%	0,6%	1,9%	1,5%
43.20	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O		32,7%	260	795	52	20			33,2%	32,4%	63,5%	62,3%
43.30	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,0%	0	905	47	17			0,2%	0,2%	0,3%	
43.40	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O		40,6%	367	905	47	17			41,0%	37,8%	53,9%	41,4%
43.50	Nephrektomien u. part. Nephrektomien b. bösart. Neub. d. Niere, Anteil totale Nephrektomien	O		46,8%	795	1.700	55	20			48,5%	49,0%	54,3%	57,2%
43.60	Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		4,2%	14	331	49	38			3,3%	4,6%	4,2%	1,1%
43.70	Partielle Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		0,0%	0	243	42	34			0,0%	0,0%	0,5%	0,6%
43.80	Nephrektomien und partielle Nephrektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	4,6%	104	2.274	62	26	2		4,0%	4,5%		
<b>44 - Eingriffe an der Harnblase</b>										x				
44.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,5%	45	9.056	61	7	5		0,4%	0,4%		
44.11	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase bei Malignom	M				7.932	59	5			7.568	8.097		
44.12	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	1,0%	93	9.056	61	7	3		0,9%	1,1%		
44.20	Zystektomien, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	3,2%	15	469	40	19			3,5%	4,8%	5,0%	2,0%
44.30	Zystektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	16,6%	78	469	40	19	1		14,3%	18,8%		
<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)	0,1%	7	6.693	58	6	7		0,2%	0,2%		
45.20	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei bösartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T		0,5%	5	1.008	51	15			0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
45.30	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei gutartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T		0,04%	2	5.685	58	6			0,10%	0,08%	0,2%	0,1%
45.40	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,3%	22	6.693	58	6	1		0,3%	0,4%		
<b>46 - Radikalentfernung der Prostata</b>										x				
46.10	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,00%	0	3.440	50	8			0,03%	0,03%	0,2%	0,1%
46.20	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil offene Operationen	O		29,6%	1.018	3.440	50	8			35,5%	37,0%		
46.30	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,8%	29	3.440	50	8	5		1,2%	1,2%		
<b>47 - Nierensteine</b>														
47.10	Hauptdiagnose Nierensteine	M				18.543	123	33			17.686	20.709		
47.20	Hauptdiagnose Nierensteine, Anteil Interventionen zur Steinentfernung	V		47,7%	8.849	18.543	123	33			47,9%	48,3%	52,3%	50,8%
<b>48 - Hautkrankheiten</b>														
48.10	Hauptdiagnose Dermatitis und Ekzem	M				1.494	108	87			1.621	2.421		
48.20	Hauptdiagnose Psoriasis	M				411	66	53			416	596		

			A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Denner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
<b>49 - Intensivbetreuung und Beatmung</b>										x				
49.10	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	14,7%	8.535	58.108	115	7	35		14,1%	11,9%		
49.11	Intensivaufenthalte (Alter > 14, SAPS 3 <= 36), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,6%	68	11.914	107	17	9		0,5%	0,5%		
49.12	Intensivaufenthalte (Alter > 14, 36 < SAPS 3 <= 45), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	3,4%	480	14.169	112	11	12		2,7%	2,3%		
49.13	Intensivaufenthalte (Alter > 14, 45 < SAPS 3 <= 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	10,6%	1.501	14.143	111	10	20		9,8%	8,0%		
49.14	Intensivaufenthalte (Alter > 14, SAPS 3 > 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	36,3%	6.485	17.881	111	13	20		35,4%	32,3%		
49.20	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	26,9%	4.926	18.342	112	10	27		25,8%	22,7%		
49.21	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, SAPS 3 <= 44), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	7,4%	290	3.922	106	34	11		6,0%	5,0%		
49.22	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, 44 < SAPS 3 <= 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	19,0%	1.005	5.280	106	18	19		17,5%	14,3%		
49.23	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, 55 < SAPS 3 <= 67), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	32,1%	1.579	4.926	107	20	10		29,6%	25,9%		
49.24	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, SAPS 3 > 67), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	48,7%	2.052	4.214	102	28	8		46,9%	43,5%		
49.31	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil ungeplante Wiederaufnahmen auf Intensivseinheiten	K	< (BD)	3,8%	2.179	58.108	115	7	17		4,0%	4,1%		
49.32	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Todesfall nach Aufhalten auf Intensivseinheiten	T	< (BD)	2,9%	1.703	58.108	115	7	26		3,3%	2,7%		
49.33	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Wegtransferierungen	V		10,3%	6.005	58.108	115	7			9,5%	9,0%		
49.34	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil SAPS 3 <= 36	V		20,5%	11.914	58.108	115	7			20,3%	22,8%		
49.35	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil 36 < SAPS 3 <= 45	V		24,4%	14.170	58.108	115	7			24,6%	24,9%		
49.36	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil 45 < SAPS 3 <= 55	V		24,3%	14.144	58.108	115	7			24,2%	23,3%		
49.37	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil SAPS 3 > 55	V		30,8%	17.881	58.108	115	7			30,9%	29,0%		
<b>50 - Transplantationen</b>														
50.10	Herz-Lungen-Transplantationen	M					0				0	0		
50.20	Herztransplantationen	M				57	2				59	62		
50.30	Lungentransplantationen	M				125	2	1			94	97		
50.40	Lebertransplantationen	M				150	3				148	149		
50.50	Pankreastransplantationen	M				12	2	1			20	15		
50.60	Nierentransplantationen	M				297	4				351	380		
50.70	Stammzelltransplantationen autolog	M				321	13	5			312	352		
50.80	Stammzelltransplantationen allogene	M				272	5				235	211		
<b>51 - Kurze Intensivverweildauer</b>														
51.10	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,6%	220	13.812	119	8			1,6%	2,1%		
51.20	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,1%	274	25.558	127	7			1,2%	1,3%		
51.30	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,1%	108	9.686	112	17			1,2%	1,3%		
51.40	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		3,1%	207	6.722	90	20			2,5%	2,2%		

		A-IQI 2021							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020	
<b>52 - Sentinel</b>													
52.10	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Todesfälle	T < (BD)	0,1%	225	219.903	158	15	18		0,1%	0,1%		
52.20	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Wegtransferierungen	V < (BD)	0,3%	209	72.397	132	10	11		0,3%	0,3%		
<b>53 - Wegtransferierungsraten</b>													
53.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V	37,6%	5.721	15.230	122	26			37,2%	38,4%	14,7%	25,6%
53.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V	3,8%	811	21.167	140	14			4,2%	3,8%	5,4%	5,9%
53.12	Linksherzkatheter b. Herzinfarkt (Alter > 19), o. Herzoperation, Anteil Wegtransferierungen	V	34,9%	3.176	9.098	47	17			34,2%	37,1%	10,0%	17,7%
53.13	Diagn. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V	5,0%	1.509	29.911	56	21			5,1%	5,2%	4,9%	7,1%
53.14	Isolierter chir. Aortenklappenersatz ohne weitere Herzoperation, Anteil Wegtransferierungen	V	19,3%	142	735	10	1			23,5%	21,5%	18,7%	2,4%
53.15	Operationen nur a. d. Koronargefäßen b. Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V	34,6%	62	179	9	2			31,7%	32,9%	28,4%	6,1%
53.16	Operationen nur a. d. Koronargefäßen o. Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V	23,1%	467	2.024	13	4			22,9%	25,0%	22,2%	2,1%
53.17	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V	21,6%	4.652	21.522	135	35			23,3%	23,1%	15,5%	18,3%
53.18	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V	19,3%	3.524	18.251	126	37			20,9%	20,8%	13,2%	15,0%
53.19	HD Pneumonie o. Zutransfer/Tumor/Mukovisz., Alter > 19, Anteil Wegtransferierungen	V	5,0%	755	15.208	140	24			4,9%	3,7%	7,4%	7,4%
53.20	HD Chron. obstr. Lungenkrankheit (COPD, o. Tumor, Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V	4,4%	444	10.217	137	23			4,4%	3,8%	4,7%	3,9%
53.21	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Wegtransferierungen	V	4,0%	316	7.878	122	25			4,5%	4,9%	4,1%	2,4%
53.22	Abd. Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Eingr., Anteil Wegtransferierungen	V	4,9%	36	735	31	14			5,2%	4,2%	3,1%	2,5%
53.23	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Wegtransferierungen	V	5,5%	201	3.640	58	15			4,9%	6,4%	4,9%	4,8%
53.24	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Wegtransferierungen	V	3,6%	626	17.243	108	8			4,6%	5,1%	1,6%	0,5%
<b>54 - Mindestmengen</b>													
54.10	Ösophaguschirurgie	M > (BM)			232	19	10	10		263	236		
54.20	Eingriffe am Pankreas	M > (BM)			1.012	53	24	24		1.029	1.016		
54.30	Adipositas-Chirurgie	M > (BM)			2.519	37	2	9		2.006	2.739		
54.40	Carotis - Thrombendarterektomie	M > (BM)			2.397	43	10	14		2.233	2.520		
54.50	Leberchirurgie	M > (BM)			647	41	22	22		664	678		

## 2.2 Zusatzauswertungen

In die Version 2022 fließen sechs Zusatzauswertungen ein:

- Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation/Nachsorge (NEU)
- Augenheilkunde
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (NEU)
- Organspende
- Hüft-/Knieprothesen-Revisionen.

Für die Zusatzauswertungen werden zwar auch LKF-Daten herangezogen, im Unterschied zu den regulären Qualitätsindikatoren jedoch überwiegend jahresübergreifende, pseudonymisierte Daten (Patientenkarrieren). Im Programm QDok stehen diese deshalb nicht zur Verfügung, weshalb die Auswertungen innerhalb des BMSGPK aufbereitet werden. Die folgend auf Bundesebene dargestellten Ergebnisse werden mit der letzten verfügbaren Datenbasis abgebildet, wenn möglich mit einem Vergleichswert aus 2020 und 2019. Bei Indikatoren mit einem längeren Beobachtungszeitraum ist es nicht möglich, für die Grundgesamtheit das Datenjahr 2021 heranzuziehen (z.B. bei der Betrachtung von Folgeaufenthalten). Dies ist darauf zurückzuführen, dass das letztverfügbare Datenjahr 2021 dann für die Folgeaufenthalte herangezogen wird. Sofern das Ausgangsjahr nicht 2021 ist, wird dies in der Ergebnistabelle angeführt.

Dies Zusatzauswertung Organspende dient in einem ersten Schritt lediglich als Information für die Gesundheitsfonds und gibt einen Hinweis auf potenzielle Organspender:innen.

### 2.2.1 Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation/Nachsorge

Hierbei handelt es sich um eine ab der Version 2022 neu in das A-IQI System implementierte Zusatzauswertung. Diese Zusatzauswertung betrachtet vorwiegend Todesfälle und Wiederaufnahmen nach Aufhalten auf Abteilungen für Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation/Nachsorge bei bestimmten Krankheitsbildern. Darüber hinaus sind Informationen zum Patientenkollektiv enthalten.

- (1) Patientenkollektiv: Es werden Anteile von primären und sekundären Aufnahmen auf die betrachteten Abteilungen ausgewiesen.
- (2) Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R): Für die Krankheitsbilder Hüftgelenknahe Fraktur, Pneumonie und Herzinsuffizienz werden jeweils die Anteile an Todesfällen und Wiederaufnahmen nach Aufhalten auf Abteilungen für Akutgeriatrie/Remobilisation ausgewiesen. Akute Wiederaufnahmen werden hierbei gesondert dargestellt.
- (3) Remobilisation/Nachsorge (RNS): Auch für diesen Bereich werden die gleichen Krankheitsbilder und Indikatoren dargestellt wie in Bereich (2). Der einzige Unterschied besteht darin, dass in Bereich (3) Aufenthalte auf Abteilungen für Remobilisation/Nachsorge analysiert werden.



Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation/Nachsorge		A-IQI 2021 (Ausgangsjahr 2020)							Ö 2020 (AJ 2019)	Ö 2019 (AJ 2018)	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle			KA auff.
<b>01 - Patientenkollektiv</b>											
01.10	Aufenthalte auf Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Anteil primäre Aufnahmen	V		27,81%	7.075	25.436	58	6		n.v.	n.v.
01.11	Aufenthalte auf Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), Anteil sekundäre Aufnahmen	V		72,19%	18.361	25.436	58	6		n.v.	n.v.
01.20	Aufenthalte auf Remobilisation/Nachsorge (RNS), Anteil primäre Aufnahmen	V		10,53%	399	3.790	18	3		n.v.	n.v.
01.21	Aufenthalte auf Remobilisation/Nachsorge (RNS), Anteil sekundäre Aufnahmen	V		89,47%	3.391	3.790	18	3		n.v.	n.v.
<b>02 - Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)</b>											
02.10	Hüftgelenknahe Fraktur (AG/R), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,41%	35	2.485	50	7	4	n.v.	n.v.
02.11	Hüftgelenknahe Fraktur (AG/R), Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	12,82%	314	2.450	50	7	1	n.v.	n.v.
02.12	Hüftgelenknahe Fraktur (AG/R), Anteil akute Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	11,92%	292	2.450	50	7	1	n.v.	n.v.
02.20	Herzinsuffizienz (AG/R), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	10,13%	78	770	48	25	3	n.v.	n.v.
02.21	Herzinsuffizienz (AG/R), Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	24,42%	169	692	46	23		n.v.	n.v.
02.22	Herzinsuffizienz (AG/R), Anteil akute Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	22,83%	158	692	46	23	1	n.v.	n.v.
02.30	Pneumonie (AG/R), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	14,13%	127	899	46	25	4	n.v.	n.v.
02.31	Pneumonie (AG/R), Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	17,23%	133	772	45	25	1	n.v.	n.v.
02.32	Pneumonie (AG/R), Anteil akute Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	16,84%	130	772	45	25	1	n.v.	n.v.
<b>03 - Remobilisation/Nachsorge (RNS)</b>											
03.10	Hüftgelenknahe Fraktur (RNS), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,38%	2	520	16	6	1	n.v.	n.v.
03.11	Hüftgelenknahe Fraktur (RNS), Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	11,20%	58	518	16	6		n.v.	n.v.
03.12	Hüftgelenknahe Fraktur (RNS), Anteil akute Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	10,04%	52	518	16	6		n.v.	n.v.
03.20	Herzinsuffizienz (RNS), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	10,42%	5	48	11	9		n.v.	n.v.
03.21	Herzinsuffizienz (RNS), Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	16,28%	7	43	10	8		n.v.	n.v.
03.22	Herzinsuffizienz (RNS), Anteil akute Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	16,28%	7	43	10	8		n.v.	n.v.
03.30	Pneumonie (RNS), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	9,64%	8	83	10	7	1	n.v.	n.v.
03.31	Pneumonie (RNS), Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	21,33%	16	75	10	7		n.v.	n.v.
03.32	Pneumonie (RNS), Anteil akute Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	20,00%	15	75	10	7		n.v.	n.v.

### 2.2.2 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 Vitrektomie, Anteil an Re-Operationen und Folgeaufenthalten dargestellt.

(2) Schiel-Operation: Zusätzlich zu den Mengeninformatoren getrennt nach Kinder und Erwachsene wird auch der Anteil an Re-Operationen (erneute Schiel-Operation) ausgewiesen.

(3) Glaukom-Operation: Zusätzlich zu den Mengeninformatoren wird auch der Anteil an Re-Operationen (erneute Glaukom-Operation) ausgewiesen.

Aus allen 3 Operationen wurden aufgrund der hohen Nachfrage aus der Bevölkerung geeignete Inhalte der Zusatzauswertung (z.B. Fallzahlen) auch in [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) integriert.

Augenheilkunde		A-IQI 2021 (Ausgangsjahr 2020)							Ö 2020 (AJ 2019)	Ö 2019 (AJ 2018)	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle			KA auff.
<b>01 - Katarakt</b>											
01.10	Katarakt-Operationen links	M				48.035	62	5		57.000	55.971
01.20	Katarakt-Operationen rechts	M				48.500	63	6		57.376	56.490
01.30	Katarakt-Operationen, Anteil traumatische Katarakt	V		0,13%	121	96.535	64	7		0,10%	0,10%
01.40	Katarakt-Operationen, Anteil Vitrektomie	K < (BD)		0,43%	403	94.104	64	7	5	0,43%	0,53%
01.41	Katarakt-Operationen, Anteil vordere Vitrektomie am selben Tag	K < (BD)		0,28%	259	94.104	64	7	7	0,28%	0,32%
01.42	Katarakt-Operationen, Anteil Vitrektomie innerhalb von 30 Tagen	K < (BD)		0,15%	144	94.104	64	7	7	0,15%	0,21%
01.50	Katarakt-Operationen, Anteil Re-OP innerhalb von 30 Tagen	K < (BD)		0,46%	435	94.104	64	7	6	0,49%	0,56%
01.60	Katarakt-Operationen, Anteil Folgeaufenth. auf einer Augenabteilung o. operative Leistung	K < (BD)		0,14%	128	94.104	64	7	7	0,32%	0,16%
<b>02 - Schiel-Operation</b>											
02.10	Schiel-Operationen bei Kindern	M				452	26	11		594	627
02.20	Schiel-Operationen bei Erwachsenen	M				665	25	9		881	827
02.30	Schiel-Operationen, Anteil Re-OP innerhalb von 6 Monaten	K < (BD)		1,22%	13	1.065	28	9	2	0,89%	0,89%
02.31	Schiel-Operationen, Anteil Re-OP innerhalb von 6 Monaten (Kinder)	K < (BD)		0,00%	0	433	26	11		0,51%	0,48%
02.32	Schiel-Operationen, Anteil Re-OP innerhalb von 6 Monaten (Erwachsene)	K < (BD)		2,06%	13	632	25	9	1	1,15%	1,21%
<b>03 - Glaukom-Operation</b>											
03.10	Glaukom-Operationen	M				1.580	37	15		1.865	1.973
03.20	Glaukom-Operationen, Anteil Re-OP innerhalb von 12 Monaten	K < (BD)		17,61%	209	1.187	36	14	2	15,94%	15,81%

### 2.2.3 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 die ab dem Datenjahr 2020 verpflichtende Kodierung des Gestationsalters bei Geburten (Datensatz Mutter). Weiters wird der Anteil an Folgeresektionen bei brusterhaltenden Resektionen der Mamma ausgewertet.

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, schwere Dammrisse und Kaiserschnitte dargestellt. Die Geburten werden nach Gestationsalter dargestellt, wobei betrachtet wird, ob diese in Krankenhäusern der richtigen Versorgungsstufe entbunden wurden. Des Weiteren werden die Anzahl an Mehrlingsgeburten, stationär aufgenommenen Neugeborenen und der Anteil an Geburten mit angeborenen Fehlbildung ausgewiesen.

(4) Mammaresektionen: Es wird bei brusterhaltenden Resektionen der Mamma ausgewiesen, wie häufig Folgeresektionen (innerhalb von 3 Monaten) notwendig waren. Dabei erfolgt eine Trennung in Total- und Teilresektionen. Das Ausgangsjahr für diese Berechnungen ist das Datenjahr 2020.

Gynäkologie/Geburtshilfe		A-IQI 2021							Ö 2020	Ö 2019	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle			KA auff.
<b>Neugeborene</b>											
<b>02 - Ausstattung</b>											
<b>Betten</b>											
02.10	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 1)	M			198	31	27		194	204	
02.11	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 2)	M			471	64	54		492	475	
02.12	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 3)	M			732	34	13		696	683	
02.13	Erwachsenen Intensivüberwachungseinheit (IMCU)	M			601	80	64		616	576	
02.14	Kinder Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU)	M			221	16	8		224	225	
02.15	Kinder Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU)	M			324	35	29		315	306	
02.16	Neonatologie (NIMCU und NICU)	M			321	28	17		316	308	
02.17	Kinderchirurgie	M			229	7			230	266	
02.18	Kinder- und Jugendheilkunde	M			1.224	44	6		1.227	1.286	
<b>Aufenthalte</b>											
02.19	Neonatologie (NIMCU und NICU)	M			7.802	28			7.067	9.731	
02.20	Kinder Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU)	M			8.030	16			7.501	8.182	
02.21	Kinder Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU)	M			13.083	35			11.895	13.404	
<b>03 - Versorgung</b>											
<b>Geburten</b>											
03.10	Geburten	M			83.944	81	2		81.677	83.359	
03.11	Geburten, Anteil Todesfälle der Mutter	T	= (SE)	0,00%	2	83.944	81	2	0,00%	0,00%	
03.12	Geburten, Anteil Intensivaufenthalte der Mutter	I	< (BD)	0,45%	378	83.944	81	2	9	0,45%	0,50%
03.13	Geburten, Anteil Intensivaufenthalte der Mutter auf IMCU	I		0,10%	88	83.944	81	2		n.v.	n.v.
03.14	Geburten, Anteil Intensivaufenthalte der Mutter auf ICU	I		0,35%	290	83.944	81	2		n.v.	n.v.
03.15	Vaginale Geburten, Anteil Dammriss 3. und 4. Grades	K		2,23%	1.289	57.834	79			2,23%	2,09%
03.16	Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectiorate)	O		31,11%	26.113	83.944	81	2		30,30%	30,25%
03.17	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter < 35	O		28,48%	18.024	63.280	81	2		27,94%	27,98%
03.18	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter >= 35	O		39,15%	8.089	20.664	80	1		37,94%	37,51%
03.19	Mehrlingsgeburten	M			1.064	60	32		1.001	1.022	
03.20	Stationär aufgenommene Neugeborene	M			9.878	54	8		9.476	9.578	

Gynäkologie/Geburtshilfe		A-IQI 2021							Ö 2020	Ö 2019	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle			KA auff.
<b>Geburten nach Gestationsalter</b>											
03.21	Geburten mit Gestationsalter 35 bis 42 vollendete SSW	M				81.693	79			79.612	n.v.
03.22	Geburten mit Gestationsalter 25 bis 34 vollendete SSW	M				2.083	64	30		2.024	n.v.
03.23	Geburten mit Gestationsalter 21 bis 24 vollendete SSW	M	= (SE)			168	33	29	26	191	n.v.
03.24	Geburten mit Gestationsalter 25 bis 32 vollendete SSW	M	= (SE)			1.006	54	34	19	n.v.	n.v.
03.25	Geburten, Anteil Wegtransf. des Kindes bei Gestationsalter bis 32 vollendete SSW	V	< (BD)	2,04%	24	1.174	59	36	2	2,40%	n.v.
03.26	Stationär aufgenommene Neugeborene, Anteil Zuweisung v. "externem Leistungserbr."	V		8,49%	839	9.878	54	8		n.v.	n.v.
03.27	Geburten, Anteil mit angeborenen Fehlbildungen	V		0,07%	57	83.944	81	2		0,06%	0,07%
<b>Gynäkologie (Ausgangsjahr 2020)</b>											
<b>04 - Mammaresektionen</b>											
04.10	Brusterh. Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil mit Folgeres. innerh. 3 Monate	K	< (BD)	11,53%	584	5.065	77	9	8	10,95%	10,15%
04.11	Brusterh. Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil Totalres. innerhalb 3 Monate	K	< (BD)	3,61%	183	5.065	77	9	7	n.v.	n.v.
04.12	Brusterh. Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil Teilres. innerhalb 3 Monate	K	< (BD)	7,92%	401	5.065	77	9	9	n.v.	n.v.

## 2.2.4 Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde

Diese Zusatzauswertung wurde ab der A-IQI Version 2022 implementiert und beinhaltet die Themengebiete Tonsillektomie, Tonsillotomie, Nasennebenhöhlen-Chirurgie und Adenotomie. Insbesondere wird ausgewertet, wie häufig innerhalb eines definierten Zeitraums eine Nachblutung verzeichnet wurde. Dafür ist eine aufenthalts-/krankenhausübergreifende Auswertung mittels des Pseudonyms notwendig. Darüber hinaus werden Mengeninformationen zu Operationen im Bereich HNO bei bösartiger Neubildung und Operationen an der Parotis ausgewiesen.

- (1) Tonsillektomie: Es wird der Anteil an Fällen mit Nachblutung ausgewiesen. Dabei wird zwischen Fällen mit operativer Behandlung der Nachblutung und Fällen mit einer Wiederaufnahme aufgrund einer Nachblutung unterschieden.
- (2) Tonsillotomie: Dargestellt wird der Anteil mit einer Wiederaufnahme aufgrund einer Nachblutung innerhalb von zwei Wochen.
- (3) Nasennebenhöhlen-Chirurgie: Es werden unterschiedliche Komplikationen ausgewiesen. Diese sind beispielsweise Nachblutung, Meningitis oder Liquorrhoe.
- (4) Adenotomie: Zusätzlich zum Anteil mit einer Nachblutung (Wiederaufnahme oder operative Behandlung) wird auch der Anteil mit maligner Histologie dargestellt.
- (5) Mengeninformationen: Unter diesem Bereich werden Operationen im Bereich HNO bei bösartiger Neubildung und Operationen an der Parotis dargestellt.

Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde		A-IQI 2021 (Ausgangsjahr 2020)							Ö 2020 (AJ 2019)	Ö 2019 (AJ 2018)	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle			KA auff.
<b>01 - Tonsillektomie</b>											
01.10	Tonsillektomie, Anteil Re-OP aufgrund einer Nachblutung innerhalb von 2 Wochen	K	< (BD)	4,33%	148	3.415	52	10	6	n.v.	n.v.
01.11	Tonsillektomie, Anteil Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	0,53%	18	3.415	52	10	2	n.v.	n.v.
01.12	Tonsillektomie, Anteil Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	K	< (BD)	3,81%	130	3.415	52	10	6	n.v.	n.v.
01.20	Tonsillektomie, Anteil Wiederaufnahmen aufgrund e. Nachblutung innerh. v. 2 Wochen	K	< (BD)	15,49%	529	3.415	52	10	3	n.v.	n.v.
<b>02 - Tonsillotomie</b>											
02.10	Tonsillotomie, Anteil Wiederaufnahmen aufgrund e. Nachblutung innerh. v. 2 Wochen	K	< (BD)	1,32%	31	2.346	59	17	3	n.v.	n.v.
<b>03 - Nasennebenhöhlen-Chirurgie</b>											
03.10	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Anteil Re-OP aufgrund e. Liquorrhoe innerh. v. 3 Wochen	K	< (BD)	0,14%	8	5.612	60	10	3	n.v.	n.v.
03.11	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Anteil Re-OP aufgrund e. Liquorrhoe im selben Aufenthalt	K	< (BD)	0,09%	5	5.612	60	10	2	n.v.	n.v.
03.12	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Anteil Re-OP aufgrund e. Liquorrhoe in e. Folgeaufenthalt	K	< (BD)	0,05%	3	5.612	60	10	2	n.v.	n.v.
03.20	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Anteil WA aufgrund e. OP-Verletzung innerh. v. 2 Wochen	K	< (BD)	0,52%	29	5.612	60	10	4	n.v.	n.v.
03.30	Nasennebenhöhlen-Chir., Anteil WA aufgr. e. Meningitis/postop. Inf. innerh. v. 4 Wochen	K	< (BD)	0,12%	7	5.612	60	10	2	n.v.	n.v.
03.31	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Anteil WA aufgrund e. Meningitis innerh. von 4 Wochen	K		0,00%	0	5.612	60	10		n.v.	n.v.
03.40	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Anteil WA aufgrund e. Nachblutung innerh. von 2 Wochen	K	< (BD)	0,52%	29	5.612	60	10	4	n.v.	n.v.
<b>04 - Adenotomie</b>											
04.10	Adenotomie, Anteil Re-OP aufgrund einer Nachblutung innerhalb von 2 Wochen	K	< (BD)	0,49%	33	6.708	62	10	4	n.v.	n.v.
04.11	Adenotomie, Anteil Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	0,07%	5	6.708	62	10	4	n.v.	n.v.
04.12	Adenotomie, Anteil Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	K	< (BD)	0,43%	29	6.708	62	10	4	n.v.	n.v.
04.20	Adenotomie, Anteil Wiederaufnahmen aufgrund e. Nachblutung innerh. v. 2 Wochen	K	< (BD)	1,73%	116	6.708	62	10	6	n.v.	n.v.
04.30	Adenotomie, Anteil mit maligner Histologie	V		0,31%	21	6.744	63	11		n.v.	n.v.
<b>05 - Mengeninformationen</b>											
05.10	Operationen im Bereich HNO bei bösartiger Neubildung	M				7.901	73	25		n.v.	n.v.
05.20	Operationen an der Parotis	M				1.172	42	16		n.v.	n.v.



### 2.2.5 Hüft-/Knieprothesen Revisionen

Diese Zusatzauswertung beinhaltet die Themengebiete Hüft- und Knieendoprothese. Insbesondere wird ausgewertet, wie häufig innerhalb eines definierten Zeitraums eine Revision des künstlichen Gelenks notwendig ist. Dafür ist eine aufenthalts-/krankenhausübergreifende 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 (Eigenrevision) oder in einem anderen Krankenhaus (Fremdreversion) stattgefunden hat. Darüber hinaus wird ausgewiesen ob es sich bei der Erst-Operation um eine Teil- oder Totalendoprothese handelte.

(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 Fremdreversionen dargestellt. Darüber hinaus wird ausgewiesen ob es sich bei der Erst-Operation um eine Teil- oder Totalendoprothese handelte.

Prothesen Revisionen		A-IQI 2021 (Ausgangsjahr 2020)							Ö 2020 (AJ 2019)	Ö 2019 (AJ 2018)	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle			KA auff.
<b>01 - Hüftendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres</b>											
01.10	Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	3,03%	607	20.041	116	6	11	2,69%	3,00%
01.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		88,63%	538	607	97	75		91,21%	91,63%
01.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		11,37%	69	607	97	75		8,79%	8,37%
01.13	Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt (Totalprothese), Anteil Rev. (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,80%	458	16.349	112	5	12	n.v.	n.v.
01.14	Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt (Teilprothese), Anteil Rev. (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	4,14%	153	3.700	95	22	6	n.v.	n.v.
01.15	Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil erneute Erst-OP (innerhalb 12 Monate)	K	= (SE)	0,36%	71	19.992	116	6	47	n.v.	n.v.
01.20	Hüftendopr. Erst-OP b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Rev. (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	2,27%	332	14.630	109	12	7	2,26%	2,49%
01.30	Hüftendopr. Erst-OP b. Hüftgelenkn. Fraktur, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	3,45%	144	4.176	102	26	6	3,35%	3,63%
01.31	Hüftendopr. Erst-OP b. Hüftgelenkn. Frak. (Totalproth.), Anteil Rev. (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	4,22%	42	996	95	51	3	n.v.	n.v.
01.32	Hüftendopr. Erst-OP b. Hüftgelenkn. Frak. (Teilproth.), Anteil Rev. (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	3,23%	103	3.184	90	24	8	n.v.	n.v.
01.40	Hüftendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	11,57%	106	916	103	65	3	7,83%	11,54%
01.50	Hüftendopr. Erst-OP, Anteil Rev. (innerh. 12 Monate) m. Revisionsgr. "Inf."/"Synovitis"	K	< (BD)	1,14%	229	20.041	116	6	8	0,32%	0,34%
01.51	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		89,08%	204	229	76	75		100,00%	98,67%
01.52	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		10,92%	25	229	76	75		0,00%	1,33%
<b>02 - Knieendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres</b>											
02.10	Knieendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,26%	359	15.918	105	8	9	2,29%	2,43%
02.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		89,69%	322	359	83	79		92,50%	92,75%
02.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		10,31%	37	359	83	79		7,50%	7,25%
02.13	Knieendoprothesen Erst-OP gesamt (Totalprothese), Anteil Rev. (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,20%	318	14.423	104	7	12	n.v.	n.v.
02.14	Knieendoprothesen Erst-OP gesamt (Teilprothese), Anteil Rev. (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,63%	38	1.447	88	44	4	n.v.	n.v.
02.15	Knieendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil erneute Erst-OP (innerhalb 12 Monate)	K	= (SE)	0,42%	66	15.859	105	8	40	n.v.	n.v.
02.20	Knieendopr. Erst-OP b. Gonarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Rev. (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	1,89%	289	15.291	102	6	9	1,98%	2,17%
02.30	Knieendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	11,24%	70	623	92	67	2	11,71%	9,63%
02.40	Knieendopr. Erst-OP, Anteil Rev. (innerh. 12 Monate) m. Revisionsgr. "Inf."/"Synovitis"	K	< (BD)	0,80%	128	15.918	105	8	9	0,12%	0,17%
02.41	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		85,94%	110	128	55	54		100,00%	100,00%
02.42	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		14,06%	18	128	55	54		0,00%	0,00%

## 2.3 Qualitätsregister

Im Auftrag des BMSGPK werden in der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) mehrere bundesweite Register geführt. Folgende Qualitätsregister werden in den A-IQI Prozess einbezogen:

- Herzchirurgie-Register
- Hüft-/Knieprothese Revisionen
- Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder
- Stroke-Unit-Register.

Datenquelle 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.

Die bundesweiten Ergebnisse werden je Register in den folgenden drei Unterkapiteln mit Datenbasis 2021 dargestellt, wenn möglich mit einem Vergleichswert aus 2020 und 2019. Die Auswertungen zum Revisions-Register konnten bis zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht fertiggestellt werden und fehlen deshalb im vorliegenden Kapitel.

Die Datenqualität stellt eine große Herausforderung für die Beteiligten in den Krankenanstalten und der GÖG dar. An der Erhöhung der Datenqualität wird kontinuierlich gearbeitet. Beispielsweise wurde für das Stroke-Unit-Register im Zuge des Jahresschwerpunktes Schlaganfall ein Dokumentationsleitfaden zu technischen und inhaltlichen Fragestellungen in der Dateneingabe erstellt.

### 2.3.1 Herzchirurgie-Register

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

(V) Vollzähligkeit: Es werden die im Register dokumentierten Fälle mit den in der Diagnose und Leistungsdokumentation (DLD) erfassten Aufenthalten abgeglichen. Eine unspezifische Leistung (MEL DZ099 Sonstige Operationen - Herz und herznahe Aorta) aus der DLD wird nicht einbezogen, da diese auch Operationen an der Aorta beinhaltet. Es kann dadurch zu Übervollzähligkeiten (mehr Fälle im Register als der DLD) 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 insgesamt, bei isolierter Aortenklappenoperation, isolierter Bypassoperation und 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		Ö2021	Typ	Zielbereich	Fälle Register	Fälle DLD	Vollzähligkeit %	KI
V	Vollzähligkeit	104%	Z	>(EW) 95,00%	6.048	5.790	104,46%	

		Ö2021	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI	Ö2020	Ö2019
Herzchirurgie										
1	Performance-Ratio	0,73	T	< (EW) 1	0,73	3,37	4,62	(0,42;1,08)	0,73	0,72
2	Performance-Ratio, isol. BypassOP	0,70	T	< (EW) 1	0,70	1,74	2,48	(0,28;1,209)	0,8	0,64
3	Performance-Ratio, isol. AortenklappenOP	0,60	T	< (EW) 1	0,60	1,57	2,63	(0,23;1,02)	0,73	0,45
4	Performance-Ratio, bei elektiven OP	0,51	T	< (EW) 1	0,51	1,59	3,14	(0,19;0,899)	0,60	0,51
5	Rethorakotomie wegen Nachblutung im Krankenhaus	5,82%	K	< (BD) 5,82%	5,82%	352	6.052	(5,25;6,43)	5,66%	4,87%
6	Rethorakotomie wegen tiefem Wundinfekt im Krankenhaus	1,27%	K	< (BD) 1,27%	1,27%	77	6.052	(1,02;1,59)	1,64%	1,59%
7	Schlaganfallrate (zentralneurologischer Schaden länger 72 Stunden)	1,69%	K	< (BD) 1,69%	1,69%	102	6.052	(1,39;2,04)	1,69%	2,13%
8	Verwendung der Arteria thoracica interna	94,75%	O	> (EW) 90,00%	94,75%	2.093	2.209	(93,74;95,60)	95,20%	96,01%

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

Im Register sind Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder-Implantationen abgebildet und es werden Informationen zu Explantations- und Komplikationsraten sowie telemedizinischer Nachsorge in A-IQI einbezogen.

(V) Vollzähligkeit: Es werden die im Register dokumentierten Implantationen mit den in der Diagnose und Leistungsdokumentation (DLD) erfassten Aufenthalten abgeglichen. Neu in der Version 2022 ist die Abbildung der Vollzähligkeit getrennt nach Implantat.

(1,4,7) HSM/ICD/Looprecorder-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion: Prozentanteil der Patient:innen 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 Patient:innen bei denen zumindest eine perioperative Komplikation dokumentiert wurde.

(3,6,8) Telemedizinische Nachsorge: Prozentanteil der Patient:innen bei denen eine telemedizinische Nachsorge dokumentiert wurde.

Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder

	Ö2021	Typ	Zielbereich	Fälle Reg.	Fälle DLD	Vollzähligkeit %	KI	Ö2020	Ö2019
V Vollzähligkeit Herzschrittmacher-Implantation	90,20%	Z	> (EW) 90%	7.273	8.063	90,20%	(89,53;90,83)	92,67%	91,41%
V Vollzähligkeit ICD-Implantation	75,52%	Z	> (EW) 90%	1.589	2.104	75,52%	(73,64;77,31)	80,44%	75,27%
V Vollzähligkeit Looprecorder-Implantation	93,24%	Z	> (EW) 90%	1.614	1.731	93,24%	(91,96;94,33)	93,38%	80,24%
V Vollzähligkeit Gesamt	88,05%	Z	> (EW) 90%	10.476	11.898	88,05%	(87,45;88,62)	90,44%	86,65%

	Ö2021	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI	Ö2020	Ö2019
<b>Herzschrittmacher</b>									
1 HSM-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	1,30%	K	< (BD) 1,30%	1,30%	23	1.770	(0,87;1,94)	1,61%	1,95%
2 perioperative Komplikationen bei HSM-Implantation	1,33%	K	< (BD) 1,33%	1,33%	93	6.983	(1,09;1,63)	1,25%	1,15%
3 telemedizinische Nachsorge	10,45%	M	> (BD) 10,45%	10,45%	356	3.407	(9,47;11,52)	13,32%	11,12%

<b>ICD</b>									
4 ICD-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	1,41%	K	< (BD) 1,41%	1,41%	6	426	(0,65;3,04)	3,29%	1,62%
5 perioperative Komplikationen bei ICD-Implantation	1,50%	K	< (BD) 1,50%	1,50%	24	1.595	(1,01;2,23)	1,44%	1,85%
6 telemedizinische Nachsorge	55,34%	M	> (BD) 55,34%	55,34%	456	824	(51,93;58,70)	58,81%	48,27%

<b>Looprecorder</b>									
7 Loop-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	1,18%	K	< (BD) 1,18%	1,18%	6	507	(0,54;2,56)	1,71%	3,06%
8 telemedizinische Nachsorge	75,68%	M	> (BD) 75,68%	75,68%	803	1.061	(73,01;78,17)	74,69%	70,89%

### 2.3.3 Stroke-Unit-Register

Das Stroke-Unit-Register beinhaltet Patient:innen 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 Patient:innen 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. Seit der Version 2022 wird auch der Befüllungsgrad der einzelnen Datensätze ausgewertet.

(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 Patient:innen 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, 9) Komplikationen: Pneumonierate und ab der Version 2022 der Anteil an klinisch relevanten Einblutungen als Komplikation.

(10-12) Erfolgsquoten: Bei leichten, mittelschweren und schweren Fällen (bezogen auf NIH-Score) wird der Rankin-Wert bei Entlassung betrachtet.

(13) Sekundärprophylaxe (ab Version 2022): Prozent-Anteil der Patient:innen nach 3-Monats-Follow Up mit Sekundärprophylaxe.

(14) Follow up Rate (ab Version 2022): Prozent-Anteil der Patient:innen mit Aufnahmediagnose Schlaganfall, bei denen ein 3-Monats-Follow Up durchgeführt wurde.



Stroke-Unit-Register

	Ö2021	Typ	Fälle Register	Fälle DLD	Vollzähligkeit %	KI	Ö2020	Ö2019
V1 Fälle mit Aufnahmediagnose Schlaganfall		Z	15.733					
V2 Fälle mit dokumentierter Entlassungsdiagnose	92,37%	Z	>(BD) 15.051	16.295	92,37%	(91,94;92,76)	86,17%	79,78%
V3 Prozent-Anteil der Schlaganfälle mit dokumentierter Entlassungsdiagnose	95,67%				95,67%			
V4 Datenvollständigkeit (durchschnittlicher Befüllungsgrad)	96,73%	Z	>(BD) 15.456		96,73%	(96,65;96,81)		

	Ö2021	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI	Ö2020	Ö2019
<b>Stroke-Unit-Register</b>									
1 1. Bildgebung <= 30 Min. nach Krankenhaus-Aufnahme	50,95%		>(BD) 50,95%	50,95%	5.423	10.644	(50,00;51,90)	47,31%	43,05%
2 1. Untersuchung hirnzuführende Gefäße <= 24 nach Krankenhaus-Aufnahme	92,43%		>(BD) 92,43%	92,43%	8.478	9.172	(91,87;92,96)	90,25%	79,29%
3 Door to Needle Time <= 60 Min.	70,62%		>(BD) 70,62%	70,62%	1.481	2.097	(68,64;72,54)	68,33%	70,44%
4 Lyserate ausgewählte Patienten	71,81%		>(BD) 71,81%	71,81%	871	1.213	(69,21;74,27)	71,55%	71,01%
5 1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. alle Patienten	42,02%		>(BD) 42,02%	42,02%	300	714	(38,45;45,67)	18,18%	18,42%
6 1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. Zutransport direkt, kein Transfer	63,61%		>(BD) 63,61%	63,61%	201	316	(58,17;68,72)	57,00%	65,53%
7 TICI-Score bei Angio-Ende	84,55%		>(BD) 84,55%	84,55%	569	673	(81,62;87,08)	83,95%	84,57%
8 Pneumonie	4,07%	K	<(BD) 4,07%	4,07%	602	14.805	(3,76;4,40)	4,16%	4,00%
9 Klinisch relevante Einblutung	0,99%	K	<(BD) 0,99%	0,99%	146	14.805	(0,84;1,16)		
10 Erfolgsquote leichte Fälle	46,50%		>(BD) 46,50%	46,50%	3.243	6.974	(45,33;47,67)	47,05%	50,85%
11 Erfolgsquote mittelschwere Fälle	23,78%		>(BD) 23,78%	23,78%	660	2.776	(22,23;25,39)	23,88%	24,05%
12 Erfolgsquote schwere Fälle	13,69%		>(BD) 13,69%	13,69%	255	1.863	(12,20;15,32)	12,29%	12,73%
13 Sekundärprophylaxe	97,44%		>(BD) 97,44%	97,44%	4.648	4.770	(96,95;97,85)		
14 Follow Up Rate	42,13%		>(BD) 42,13%	42,13%	6.054	14.371	(41,32;42,94)		

## 2.4 Versorgungsqualität/Versorgungsdichte

Ab der Version 2022 ist ein völlig neues Themengebiet in A-IQI integriert – die Analysen zur Versorgungsqualität/Versorgungsdichte. Ziel der Analysen ist, potentielle Situationen von Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu erkennen um in weiterer Folge steuernd eingreifen zu können. In enger Zusammenarbeit mit der NÖ Landesgesundheitsagentur wurde ein Weg zur Betrachtung von Unterschieden in der Versorgungsqualität erarbeitet. Hierfür wurde weitestgehend das bereits in Niederösterreich etablierte System übernommen. Ab der Version 2022 sind diese Analysen in den A-IQI Prozess eingegangen. Die Erarbeitung erfolgt dabei in enger Abstimmung mit den betroffenen wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Da einerseits auf Basis der Versorgungsdichte allein nicht auf Über-, Unter- oder Fehlversorgung geschlossen werden kann und andererseits aufgrund der Komplexität des Themas (viele Einflussfaktoren und hoher Erklärungsbedarf) wurde ein Analyseprozess erarbeitet, der 8 Schritte (auch z.B. Peer-Review-Verfahren) umfasst. Neben Behandlungs- bzw. Diagnosezahlen werden auch strukturelle (z.B. Betten-, Ärzt:innendichte) und medizinische Faktoren (Faktoren mit möglichen Einfluss auf die Eingriffs- bzw. Diagnosezahlen) betrachtet, sowie ein zeitlicher Verlauf der Behandlungs- bzw. Eingriffszahlen über mehrere Jahre dargestellt. Auch die Wichtigkeit des Einbezugs der betroffenen Stakeholder wird durch den erarbeiteten Analyseprozess adressiert. Folgende Themengebiete werden aktuell ausgewertet:

- Adipositas-Chirurgie
- Hüftprothese
- Hysterektomie
- Katarakt
- Knie-Arthroskopie
- Knieprothese.

Die folgend dargestellte Tabelle beinhaltet aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht alle je Themengebiet ausgewerteten Indikatoren. Wenn medizinische Faktoren identifiziert wurden, wird dies jeweils ausgewiesen. Die Darstellung erfolgt nach Wohnort der Leistungsempfänger:innen (Bezirksebene) und nach Standort der leistungserbringenden Krankenanstalt (Krankenanstalten-Ebene) für das Datenjahr 2021. Nähere Erläuterungen sind dem Anhang in Form eines Lesebeispiels zu entnehmen.

- Wohnort Leistungsempfänger:in: Wie häufig erhalten Einwohner:innen eines bestimmten Bezirkes eine betrachtete Leistung (je 1.000 Einwohner:innen)?
- Standort leistungserbringende Krankenanstalt (KA): Wie häufig erfolgt in einem bestimmten Krankenhaus die Leistungserbringung in Bezug auf das Einzugsgebiet (je 1.000 Einwohner:innen des Einzugsgebietes)?

Versorgungsqualität/Versorgungsdichte	A-IQI 2021									
	Wohnort Leistungsempfänger:in					Standort leistungserbringende KA				
	Ö 2021	Min.	Max.	Bezirk außerhalb der Bandbreite	Anzahl Bezirke	Min.	Max.	KA außerhalb der Bandbreite	Anzahl KA	med. Faktoren
01 - Katarakt	12,89	8,65	21,26	4	94	10,95	15,71	1	56	Anteil traumatische Katarakt
02 - Adipositaschirurgie	0,28	0	0,6	4	92	0,2	0,41	3	35	
03 - Hysterektomie	0,76	0,48	1,66	6	94	0,55	1,33	4	86	
04 - Hüftprothese	1,95	0,87	2,73	6	94	1,61	2,52	4	100	medianes Alter
05 - Knieprothese	1,96	1,14	3,25	5	94	1,57	2,69	6	97	medianes Alter
06 - Kniearthroskopie	4,83	2,47	8,74	7	94	3,37	7,57	11	119	medianes Alter Knieprothesen, Anteil Arthroskopie

### 3 Peer-Review-Ergebnisse

Von Juli 2022 bis Jänner 2023 fanden insgesamt 18 (1 noch ausständig) Peer-Review-Verfahren statt – 12 zu den Jahresschwerpunkten Schlaganfall, Neugeborene/Geburt und 6 schwerpunktunabhängige Verfahren zu den Themen Thoraxchirurgie, Mindestmengen, Kolorektale Operationen, Carotis-Operationen und Hüft-/Knierevisionen. Das Kapitel beinhaltet die Ergebnisse aus den beiden Jahresschwerpunkten sowie die Feedbackergebnisse aus allen Verfahren.

#### 3.1 Schlaganfall

Es fanden 9 Peer-Review-Verfahren (1 noch ausständig) zum Jahresschwerpunkt Schlaganfall statt. Alle Verbesserungsvorschläge sind in der folgenden Tabelle zu finden. Kurz zusammengefasst:

- Analysierte Fälle: 163
- Verbesserungspotential: in 43% der Fälle (70 von 163)
- Übereinstimmung zw. Selbst- und Fremdbewertung: in 75% der Fälle.

Struktur/Personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 24h MRT Verfügbarkeit: Ausbildung der Radiologie-Technolog:innen ergänzen, Dienstposten evaluieren</li> <li>▪ Reduktion der Zeitverzögerung durch Warten auf Laborbefunde oder Transportdienste: Ausstattung der Notaufnahme mit Blutgasanalyse-Gerät zur Basisdiagnostik, ggf. ergänzt durch point-of-care Geräte zur Gerinnungsdiagnostik</li> <li>▪ Hilfestellung durch IT-System, Übersichtlichkeit der Befunde, Medikamenten-Interaktionen...</li> <li>▪ Dokumentation: viel Dokumentation (SU-Register, Lyseprotokoll, etc..) kann über medizinische Organisationsassistent:innen (MOA) gut abgedeckt werden. (auch z.B. Terminmanagement, Organisation der Rettungstransporte zur Entlastung der Pflege)</li> <li>▪ 3 Monate-Schlaganfallnachsorge etablieren</li> </ul>
Prozesse, interdisziplinäre Zusammenarbeit
<p>Prähospitale Prozesse optimieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schärfung des Verständnisses für den Schlaganfall für Leitstellendisponenten und den nichtärztlichen Rettungsdienst, sowie für die Bevölkerung</li> <li>▪ Zusammenarbeit mit extramuralen Rettungsdienst (Notarzt-Indikation, direkte Zuweisung, Aviso an Stroke Unit, falsches Krankenhaus, Übergabe &amp; Protokoll)</li> <li>▪ Einführung von Zuweisungs- und Diagnosekriterien</li> </ul> <p>AufnahmeprocEDURE optimieren:</p>

- Schlaganfallaufnahme zu unterschiedlichen Zeiten an unterschiedlichen Orten (Ambulanz, Station, Schockraum)
- Unstrukturierte Abläufe in der interdisziplinären Notfallaufnahme

Intrahospitale Abläufe optimieren:

- Schnittstellenmanagement (Notaufnahme, Radiologie, Stroke Unit, NCH)
- Verkürzung der CT-/Lysezeiten (Beschleunigung der Erstdiagnostik, Bolusgabe bereits im CT, räumliche Anordnung, Überlastung der Räumlichkeiten)
- SOP „Code Lyse“
- Bei polymorbiden Patient:innen – Abstimmung mit Innerer Medizin

#### Leitlinien, SOPs, Qualitätsstandards, Klinische Pfade

- Leitlinienkonforme Durchführung / Dokumentation des GUSS
- Leitlinienkonformes Vorgehen bei Lyse und Thrombektomie
- Standard im Umgang mit Patient:innenverfügungen (SOP)
- Obduktion der verstorbenen Patient:innen, die unklare Erkrankungsbilder haben (SOP)

#### Dokumentation

Verbesserung der Nachvollziehbarkeit ärztlicher Entscheidungen:

- Schriftliche Festlegung der Therapiestrategie im Dekurs und
- schriftliche Festlegung der Begründung der Therapiezieländerung (Therapiezielprotokolle)

Dokumentation der Lyse:

- Dokumentation pro/kontra Lyse in KG
- Führen eines Lyseprotokoll, Ablage in KG

Berufsgruppenübergreifende Dokumentation:

- Das im Hause vorhandene Sturzprotokoll sowie Delirscreening (von Pflege) sollte auch für andere Berufsgruppen gut und rasch sichtbar sein.

Standardisierte Dokumentation inkl. Arztbrief, festgelegte Vorgaben für die ärztliche wie auch Pflegedokumentation (Nachvollziehbarkeit in der Krankengeschichte). Beispiele: Aufnahme und Lysezeitpunkt, Angehörigengespräche, NIHSS etc.

- Festlegung was, wo und wie oft dokumentiert / dekursiert werden soll
- Neurologischer Dekurs an Stroke Unit 2-mal täglich
- NCH Konsile schriftlich dokumentieren (Vereinbarung mit anderen KH)
- Nachvollziehbare Befundvidierung im KIS (Befunde wie Laborwerte etc.)
- Konsequente Anwendung der Handzeichen bei Medikamentenänderungen und Interventionen.
- Farbliche Markierung der Antikoagulantientherapie und/oder eine Bündelung der blutverdünnenden Medikation in der Fieberkurve vorschlagen.
- Protokolle komplett ausfüllen (DNR, Manchester-Triage, Lyse-Protokoll) - Schulung
- Scores (NIHSS, mRS) im Arztbrief sichtbar dokumentieren

Dokumentation SU-Register:

- Korrekte Zeitangaben, Scores
- Verbesserung der IT-Schnittstellen
- Verbesserung der Webapplikation zur Registereingabe in Bezug auf Übersichtlichkeit und Kontrolle der Dokumentationsqualität (GÖG)

Beim Jahresschwerpunkt Schlaganfall wurden erstmals auch Registerdaten für die Auswahl der Verfahren herangezogen. In der Vorbereitungsphase war in den Rückmeldebögen Kodierung bereits ersichtlich, dass die Dokumentationsqualität im Stroke-Unit-Register, insbesondere betreffend Vollzähligkeit, Scores und Zeitangaben, standardisiert und verbessert werden muss. Deshalb wurde mit der Fachgesellschaft ein Dokumentationsleitfaden erarbeitet und auf der Eingabemaske der Webapplikation zur Verfügung gestellt. In einem weiteren Schritt werden elementare Informationen und Vorgaben bei einzelnen Datenfelder direkt in der Webapplikation ergänzt.

### 3.2 Neugeborene/Geburtshilfe

Zum Jahresschwerpunkt Neugeborene/Geburtshilfe fanden 3 Peer-Review-Verfahren statt. Alle Verbesserungsvorschläge sind in der folgenden Tabelle zu finden. Kurz zusammengefasst:

- Analyisierte Fälle: 46
- Verbesserungspotential: in 24% der Fälle (11 von 46)
- Übereinstimmung zw. Selbst- und Fremdbewertung: in 65% der Fälle.

Struktur/Personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazitätsprobleme im Perinatalzentrum, Transfer häufig nicht möglich (deshalb Aufnahme im Schwerpunkt-KH) – Kooperationsvereinbarung, SOP</li> <li>▪ Durchgängiger 24/7 Betrieb der PACU notwendig (aktuell unnötige Belegung ICU wenn Überwachung geschlossen) inkl. Evaluierung ärztl. Personalsituation</li> <li>▪ Neonatologischer Abholdienst verbesserungswürdig und gegebenenfalls neu zu organisieren</li> <li>▪ pädiatrische Versorgung durch eine Fachärztin nicht ausreichend, Ziel ist eine durchgängige Verfügbarkeit und somit Verbreiterung des pädiatrischen Konsiliarfachärzt:innenpools</li> <li>▪ Aufnahme-/Codierungsthematik</li> </ul>
Prozesse, interdisziplinäre Zusammenarbeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umgang mit Ablehnung eines Transfers durch die Eltern</li> <li>▪ Die Pädiatrie ist konsiliter tätig, dies bedeutet, dass die Neugeborenen erstversorgt werden und nicht mehr wegen medizinisch wenig relevanter Diagnosen in die stationäre Behandlung übergeführt werden.</li> </ul>

- Neugeborene werden in ein Zentrum transferiert, wenn auf Feststellung der pädiatrischen Erstversorgung eine Pathologie vorliegt (beispielsweise kardiologische oder respiratorische Fragestellungen).

#### Dokumentation

- Transfer: Schriftliche Dokumentation der Ablehnung des Transfers (von Zentrum) in der KG, schriftliche Dokumentation des bewussten Transfer-Verzichts der Schwangeren
- GGH ohne Abteilung KI/JU: Konsiliarbefund verfassen (kein pädiatrischer Entlassungsbrief mit geburtshilflichen Briefkopf)
- Anmerkungen/ Markierungen am Aufklärungs- und Einwilligungsbogen
- Interface-Problem bei Patientendokumentationssystem

### 3.3 Feedback

In A-IQI wird nach jedem Peer-Review-Verfahren mithilfe eines standardisierten Fragebogens Feedback vom Krankenhaus und dem Peer-Review-Team eingeholt. Das Feedback dient nicht nur der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verfahrens, sondern kann ebenso Anstoß zur Weiterentwicklung von Indikatoren sein. Die dargestellten Feedbackergebnisse beziehen sich auf alle 18 durchgeführten Peer-Review-Verfahren.

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

**4. Ergebnis**

War das Ergebnis des Verfahrens für Sie nachvollziehbar?

JA      NEIN

War die Analyse der Fälle für Sie bzw. Ihre Abteilung hilfreich?

JA      NEIN

Spiegelt das Protokoll die Ergebnisse des Kollegialen Dialogs/Abschlussgesprächs wieder?

JA      NEIN

Sind die dargestellten Vorschläge zur Optimierung für Sie umsetzbar?

JA      NEIN

Abbildung 4: Ausschnitt Feedbackfragebogen Krankenhaus, Kategorie 4 (Quelle: BMSGPK)

Die Rücklaufquote betrug wie bereits 2019 100%. Insgesamt ist das Feedback, wie auch in den vergangenen Jahren, sehr positiv. Bei einer Bewertungsmöglichkeit von 1-5 liegt die schlechteste durchschnittliche Bewertung einer Frage bei 1,5.

Inhaltlich wesentliche Fragen wurden wie folgt bewertet:

- Waren die Anforderungen bzw. Aufgaben Ihrer Abteilung eindeutig dargestellt? **1,5** (2019 1,3)
- Hatten sich aus Ihrer Sicht die Peers umfassend und intensiv mit den Fällen beschäftigt? **1,0** (2019 1,1)
- Hat sich das Peer-Review-Team kollegial und kooperativ präsentiert? **1,2** (2019 1,1)
- War die Analyse für Sie bzw. Ihre Abteilung hilfreich? **1,3** (2019 1,7)
- Sind die dargestellten Vorschläge zur Optimierung für Sie umsetzbar? **1,3** (2019 2,0)

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

**4) Ergebnis**

- Wie hat das Peer-Review-Team zusammengearbeitet (von 1-5)?  (1=optimale Zusammenarbeit, 5=es hat nicht funktioniert)
- Wie ist das Peer-Review-Verfahren aus Ihrer Sicht (von 1-5) gelungen? (1=alles optimal gelaufen, 5=es ist nicht gut gelungen)
- Sind die vorgeschlagenen Maßnahmen für das Krankenhaus umsetzbar?  (z.B. ja, oder tlw. nur mit externer Unterstützung wie Gesundheitsfonds/Träger)

Gab es Besonderheiten oder Auffälligkeiten bei diesem Peer-Review-Verfahren?

Haben Sie Anregungen in Bezug auf die Gestaltung und Organisation des A-IQI Peer-Review-Verfahrens?

Abbildung 5: Ausschnitt Feedbackfragebogen Teamleitung (Quelle: BMSGPK)

Die Rücklaufquote betrug wie 2019 100%. 2 zentrale Fragen wurden wie folgt bewertet:

- Wie schätzen Sie die Akzeptanz des besuchten Krankenhauses in Bezug auf das Peer-Review-Verfahren allgemein ein (1=sehr hoch, 5=keine)? **1,3** (2019 1,0)
- Wie ist das Peer-Review-Verfahren aus Ihrer Sicht gelungen (1=alles optimal gelaufen, 5=es ist nicht gelungen)? **1,1** (2019 1,0)

Alle Rückmeldungen und Anregungen aus den Fragebögen werden evaluiert, diskutiert und wenn erforderlich Verfahrensanpassungen vorgenommen.



## 4 Monitoring

Um die Nachhaltigkeit des A-IQI-Projekts sicherzustellen, werden zwei Fragestellungen detailliert bearbeitet:

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

In diesem Kapitel werden die beiden Monitoring-Systeme vorgestellt und die aktuellsten verfügbaren Ergebnisse zu den folgenden Jahresschwerpunktt Themen präsentiert.

Schwerpunktt Thema	Jahr Peer-Review-Verfahren
Herzinfarkt	2013
Pneumonie	2013
Schenkelhalsfraktur	2013
Schlaganfall	2014
Cholezystektomie	2014
Herniotomie	2015
Hysterektomie	2015
Linksherzkatheter	2015
Gefäßchirurgie	2016
Herzchirurgie	2016
Urologie	2016
Operationen an der Lunge	2017
Kolorektale Operationen	2017
Intensiv, Beatmung	2017
Hüftgelenknahe Frakturen	2018
Adipositas-Chirurgie	2019

Tabelle 2: Überblick bearbeitete Jahresschwerpunktt Themen

### 4.1 Maßnahmen-Monitoring (Peer-Review-Verfahren)

Was passiert mit den Peer-Review-Ergebnissen? Aus jedem Peer-Review-Verfahren entsteht ein standardisiertes Protokoll, welches alle vereinbarten Verbesserungsmaßnahmen mit Umsetzungs-Zeitrahmen und Verantwortlichkeit beinhaltet. Um zu sehen, ob und wie diese Verbesserungsmaßnahmen von den Betroffenen (in der Abteilung, im Krankenhaus, beim Träger,

im Bundesland, bundesweit) umgesetzt werden, wurde ein Maßnahmen-Monitoring installiert, welches einmal jährlich zur Anwendung kommt. Es beinhaltet alle Verbesserungsmaßnahmen und erfolgt je Verfahren maximal drei Mal (3 Monitoringschleifen).

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

A-IQI Peer-Review-Verfahren: Maßnahmen- und Ergebnis-Monitoring						Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	
PRV Nr.	IKI	Tracer	Datum	Review-Team	Zeitraumen	1. Monitoringschleife	
							Datum
<b>Maßnahmen-Monitoring</b>							
Maßnahme Nr.	Maßnahme			Umsetzungsgrad (auswählen)	Details zur Umsetzung		Einschätzung der Rückmeldung durch den Gesundheitsfonds
1				offen			
2				offen			
3				offen			
4				offen			
5				offen			
6				offen			
<b>Ergebnis-Monitoring</b>							

Tabelle 3: Formular Maßnahmen-Monitoring

Zu jeder Verbesserungsmaßnahme werden vom Krankenhaus der Umsetzungsgrad sowie die Details zur Umsetzung abgefragt (offen, in Arbeit, nur teilweise umgesetzt, umgesetzt oder nicht umgesetzt). Wesentlich hinsichtlich der Qualitätssicherung der Rückmeldung ist die Einschätzung des Umsetzungsgrades sowie der Details durch den jeweiligen Gesundheitsfonds. Die folgenden Ergebnisse des Maßnahmen-Monitorings beziehen sich auf Stand Februar 2023. Diese Darstellung beinhaltet alle Schwerpunktthemen bis 2019. (2020, 2021 fanden keine Peer-Review-Verfahren statt) Bei den grau hinterlegten Zeilen ist das Maßnahmen-Monitoring aufgrund von bereits 3 durchgeführten Monitoringschleifen abgeschlossen.

Jahresschwerpunkt	Anzahl Verfahren	Anzahl Maßnahmen	umgesetzte Maßnahmen	Umsetzungsgrad in %
Herzinfarkt	3	16	16	100%
Pneumonie	1	3	3	100%
Schenkelhalsfraktur	16	85	80	94%
Schlaganfall	16	65	55	85%
Cholezystektomie	11	66	61	92%
Herniotomie	2	8	5	63%
Hysterektomie	13	54	49	91%
Linksherzkatheter	3	14	13	93%

Jahresschwerpunkt	Anzahl Verfahren	Anzahl Maßnahmen	umgesetzte Maßnahmen	Umsetzungsgrad in %
Gefäßchirurgie	4	15	15	100%
Herzchirurgie	4	19	16	84%
Urologie	9	31	30	97%
Operationen an der Lunge	5	17	13	76%
Kolorektale Operationen	11	48	44	92%
Intensiv, Beatmung	17	89	80	90%
Hüftgelenknahe Fraktur	23	96	58	69%
Adipositas-Chirurgie	7	25	18	72%

Tabelle 4: Überblick Maßnahmen-Monitoring

Zur Erläuterung der Tabelle: Beispielsweise wurden zum Thema Schenkelhalsfraktur (2013) 16 Peer-Review-Verfahren mit insgesamt 85 angegebenen Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt. Die Rückmeldungen aus dem Maßnahmen-Monitoring ergaben, dass von diesen 85 Maßnahmen bisher 80 umgesetzt wurden. Dies entspricht einem Umsetzungsgrad von 94%. Das Maßnahmen-Monitoring ist zum Thema Schenkelhalsfraktur abgeschlossen.

## 4.2 Ergebnis-Monitoring (Indikatoren)

Im Ergebnis-Monitoring wird die Entwicklung des Qualitätsindikatoren-Ergebnisses nach einem Peer-Review-Verfahren über mehrere Jahre, vom Ausgangsjahr bis zum aktuellsten Datenjahr 2021, beobachtet. Das ist nur in Verbindung mit dem Maßnahmen-Monitoring sinnvoll. Es sind jene Jahresschwerpunkte beinhaltet, die von 2013 bis 2019 stattgefunden (siehe Tabelle 4) haben:

Das Ergebnis-Monitoring basiert auf der Konfidenzintervall-Berechnung der Indikatoren. Anhand eines Ampelsystems erfolgt eine Einteilung in:

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

Wie in der folgenden Tabelle ersichtlich, wird der Anteil an Ergebnis-Verbesserungen nach PRV analysiert: Bei wie vielen Krankenhäusern ist das Ergebnis mit Datenbasis 2021 nicht mehr „signifikant auffällig“?

Jahresschwerpunkt	Anzahl Verfahren	Erläuterung Anzahl	nicht signifikant auffällig	Ergebnis-Verbesserung in %
Herzinfarkt	3		3	100%

Jahresschwerpunkt	Anzahl Verfahren	Erläuterung Anzahl	nicht signifikant auffällig	Ergebnis-Verbesserung in %
Pneumonie	1		1	100%
Schenkelhalsfraktur	13 (16)	Änderung VA	8	62%
Schlaganfall	14 (16)	Änderung VA, 1 KA doppelt	8	57%
Cholezystektomie	2 (11)	9 zentrale PRV	2	100%
Herniotomie	0 (2)	1 zentrales PRV Änderung VA		
Hysterektomie	12 (13)	1 KA Änderung VA	6	50%
Linksherzkatheter	3		2	67%
Gefäßchirurgie		themenübergreifend		
Herzchirurgie	3 (4)	Änderung VA	3	100%
Urologie		themenübergreifend		
Operationen an der Lunge	3 (5)	Änderung VA	2	67%
Kolorektale Operationen	11		9	82%
Intensiv, Beatmung	17	covid-bedingt ausgesetzt		
Hüftgelenknahe Fraktur	22 (23)	Änderung VA	12	55%
Adipositas-Chirurgie	3 (7)	nicht signifikant auffällig.	3	100%

Tabelle 5: Überblick Ergebnis-Monitoring

Zur Erläuterung der Tabelle: Bspw. zum Thema Schenkelhalsfraktur fanden 16 Verfahren statt. In 3 Krankenhäusern wird das Krankheitsbild aufgrund eines geänderten Versorgungsauftrages nicht mehr behandelt. In 8 von 13 Krankenhäusern (62%) ist das Ergebnis „nicht auffällig“ bzw. „nicht signifikant auffällig“.

Die Besonderheit beim Ergebnis-Monitoring für die Schwerpunkte Urologie, Gefäßchirurgie und Herzchirurgie besteht darin, dass im Gegensatz zu den anderen Schwerpunkten in den einzelnen Verfahren meist mehrere unterschiedliche Operationen (und somit Indikatoren) betroffen sind und kein 1 zu 1 Vergleich möglich ist. Für den Schwerpunkt Intensiv/Beatmung erfolgt aufgrund der Covid-Verzerrung keine Darstellung des Ergebnis-Monitorings.

## 5 www.kliniksuche.at



Das Thema der Transparentmachung von Qualitätsinformationen für die Bevölkerung hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Zugang zu relevanten Qualitätsdaten und gestärkte Gesundheitskompetenz an sich sollen eine aktive Beteiligung an der Entscheidungsfindung betreffend den eigenen Gesundheitszustand oder der Behandlung von Erkrankungen ermöglichen.

Passagen zur Transparenz von Qualitätsdaten finden sich im überwiegenden Teil der relevanten Gesetze und Vorgaben beim Themenkomplex Qualität. (Zielsteuerungsvertrag, Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen, Qualitätsstrategie, Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme)

2 ausgewählte Passagen hinsichtlich Transparenz:

- Gesundheitsqualitätsgesetz Anwendungsbereich § 3. (2): Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber den Patientinnen und Patienten auf deren Nachfrage zu gewährleisten.
- Qualitätsstrategie „Transparenz und Information“: Funktionsweise und Qualität des Gesundheitssystems sowie gesundheits- und systemrelevante Entscheidungen, Handlungen und Leistungen werden mit höchstmöglicher Transparenz und für die Bevölkerung verständlich und nachvollziehbar dargestellt. Handlungen und Entscheidungen orientieren sich an den angestrebten Wirkungen und den dafür erforderlichen Leistungen in optimaler Qualität. Dabei stehen der kollektive Gesundheitsnutzen und die Effektivität der Versorgung im Mittelpunkt.

Zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten werden aktuell mehrere Instrumente eingesetzt wie etwa der vorliegende A-IQI Bericht sowie Kliniksuche.at im Projekt A-IQI oder der Bericht der Qualitätsberichterstattung.

### 5.1 Grundlagen

Kliniksuche.at ist ein Projekt aus der Gesundheitsreform 2013 im Bereich Qualität und Patient:innensicherheit (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. Ziele:

- Patient:innen sowie deren Angehörige sollen in der Lage sein, in Eigenverantwortung zu agieren und sich bestmöglich auf einen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt vorzubereiten.

- Patient:innen und deren Angehörigen sollen über eine neutrale Plattform bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden.
- Die Plattform soll Impulse setzen und auch die Leistungserbringer:innen dazu anregen, sich noch intensiver mit Qualitätsthemen auseinanderzusetzen.

Die Informationen werden aus den Krankenhausroutinedaten (LKF), der Plattform Qualitätsberichterstattung und einer Strukturdatenbank (ehem. Spitalskompass, webbasierte Eingabemaske für die Krankenhäuser) generiert.

## 5.2 Inhalte

Informationen in folgenden Kategorien sind aktuell abrufbar:

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

### 5.2.1 Leistungen & Diagnosen

Derzeit sind 51 verschiedenen Leistungen und Diagnosen aus, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, 8 Themengebieten abrufbar.



---

Abbildung 6: Kliniksuche, 8 Themengebiete (Quelle: BMSGPK)

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

Die 51 Leistungen und Diagnosen werden, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, je Krankenhaus in den Anzahl Fälle, Kriterien für den Aufenthalt und Allgemeine Kriterien dargestellt und einer qualitativen Bewertung unterzogen.

In „Anzahl Fälle“ wird die Anzahl an durchgeführten Operationen/Eingriffen/Diagnosen pro Jahr für den ausgewählten Behandlungsanlass ausgewiesen. 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.

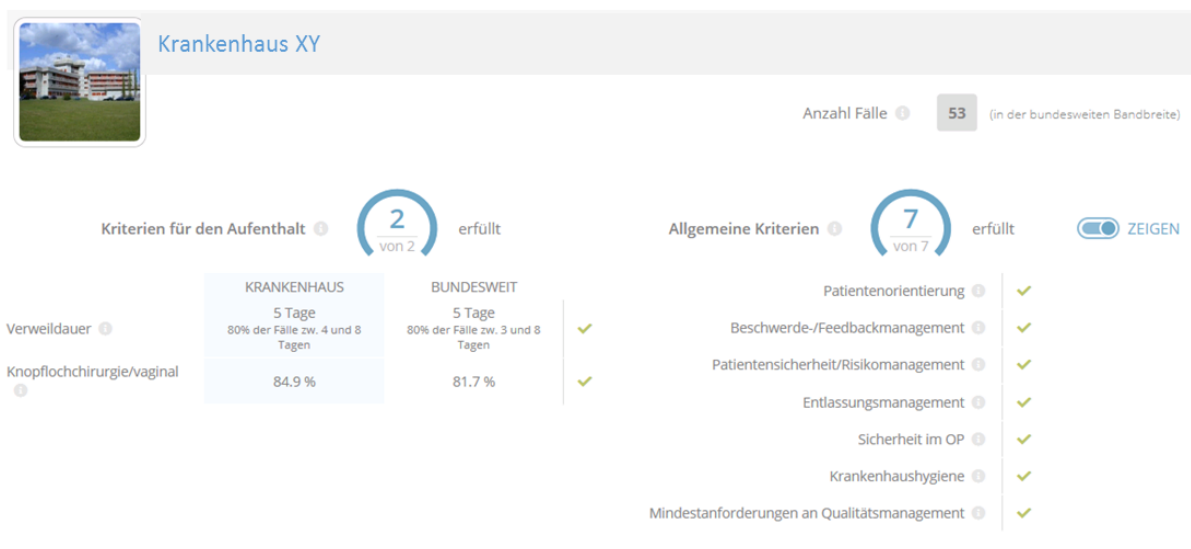


Abbildung 7: Kliniksuche.at – Beispielkrankenhaus Gebärmutterentfernung (Quelle: www.kliniksuche.at)

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 Patient:innen im Krankenhaus verbringt)
- Präoperative Verweildauer
- Operationstechnik
- Tagesklinik-Anteil.

In der Kategorie „Allgemeine Kriterien“ werden wichtige Qualitätsthemen anhand von 7 Kriterien dargestellt. Datenquelle ist die Qualitätsberichterstattung, kurz QBE, der GÖG:

- Patientenorientierung
- Beschwerde-/Feedbackmanagement
- Patientensicherheit/Risikomanagement
- Entlassungsmanagement

- Sicherheit im OP
- Krankenhaushygiene
- Mindestanforderung an Qualitätsmanagement.

Jedes Einzelkriterium wird bewertet:

✗ nicht erfüllt   ○ teilweise erfüllt   ✓ erfüllt.

## 5.2.2 Krankenhäuser, Abteilungen & Ambulanzen

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

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

Die Abteilungs- oder Ambulanzsuche erfolgt nach Fach, Krankenhaustyp gemeinnützig/privat und örtlich und enthält folgende Daten aus der Strukturdatenbank:

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

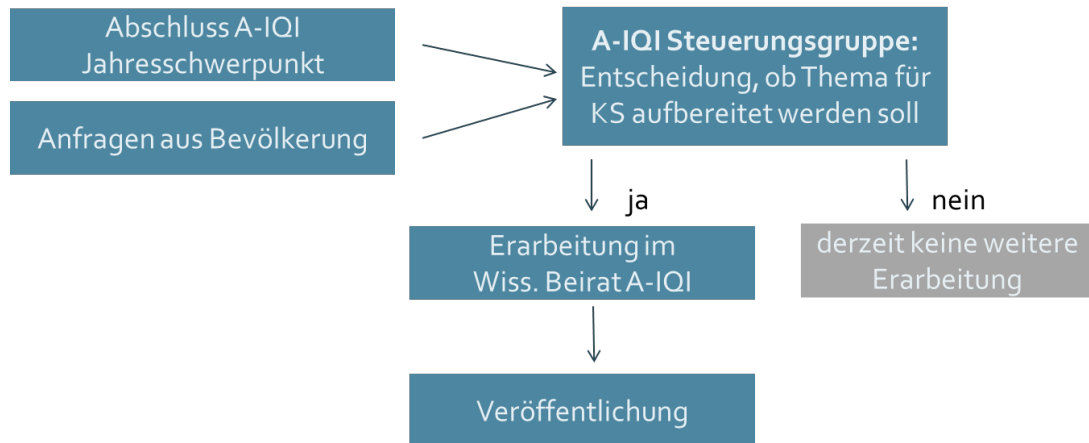
Ende jeden Jahres werden alle Krankenhäuser aufgefordert, die Daten in der Strukturdatenbank zu aktualisieren. Änderungen werden innerhalb der GÖG geprüft und freigegeben.

## 5.3 Updates, Weiterentwicklung

Im Regelbetrieb von kliniksuche werden jährlich mehrere Aktualisierungen vorgenommen wie 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“ abgeschlossen. Danach werden die Schwerpunkte im Hinblick auf die Veröffentlichung analysiert, aufbereitet und in der A-IQI Steuerungsgruppe diskutiert. Die Entwicklung der Inhalte für A-IQI und kliniksuche findet im Wissenschaftlichen Beirat unter Einbeziehung von Expert:innen (Wissenschaftliche Gesellschaften) statt.





---

Abbildung 8: 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)

Die Aktualisierung der Daten auf das aktuell verfügbare Datenjahr erfolgt planmäßig im vierten Quartal des Jahres.

## 6 Ausblick 2023

Für das laufende Jahr wurden folgende zwei Schwerpunkte festgelegt zu denen Peer-Review-Verfahren stattfinden werden:

- Herzinsuffizienz
- Bauchchirurgie.

Im März 2023 findet nach 2 Jahren Pause das Peer-Review-Follow-Up wieder statt. Dort werden aktuelle Qualitätsthemen und Themen aus A-IQI vorgestellt und die Ergebnisse aus den abgeschlossenen Peer-Review-Verfahren Neugeborene/Geburt und Schlaganfall präsentiert und gemeinsam mit der Fachgesellschaft diskutiert.

Im März 2023 wird es auch einen Strategie-Workshop „10 Jahre A-IQI“ geben, um das A-IQI Projekt zu reflektieren:

- Was läuft gut und möchten wir auch weiterhin so beibehalten?
- Was sollten wir ändern?
- Wo wollen wir hin?

Auch für Kliniksuche.at werden stetig neue Inhalte ausgearbeitet, Anfragen bearbeitet und bei Bedarf die zur Verfügung gestellten Informationen erweitert. Weiters sind mehrere Maßnahmen zur Nutzungssteigerung und Eingabvereinfachungen (Automatisierung) geplant.

Analog zum Stroke-Unit-Register wird eine Evaluierung des Registers für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder durchgeführt.

## Literatur

Bundesamt für Gesundheit (2022): Statistiken zur Krankenversicherung, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2020. Bern: BAG.

BMSGPK (2022): Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten A-IQI. Indikatorenbeschreibung Version 2022. Wien: BMSGPK.  
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/Qualitaetsindikatoren.html> (letzter Zugriff am 10.02.2023)

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

Nimptsch, U. / Mansky, T. (2022): G-IQI German Inpatient Quality Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020 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 14.01.2022)

## Anhang

### Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung

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

Spalte	Detail
Typ	Indikatortyp: T=Todesfälle, I=Intensivhäufigkeit, K=Komplikationen, M=Mengen, O=Operationstechnik, V=Versorgung, Z=Zusatzinformationen
ZW/ZB	Herkunft des Zielwerts: EW=Erwartungswert, BD=Bundesdurchschnitt, SE=Sentinel, BM=Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
Ergebnis in % / Ö2021	Bundesdurchschnitt Österreich des Jahres 2021
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
JSP	Abgeschlossene Jahres-Schwerpunktthemen in denen Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurden
A-IQI 20XX / Ö20XX	gesamt-österreichisches Ergebnis des jeweils angegebenen Jahres
G-IQI	Bundesdurchschnitt Deutschland des Jahres 2020 (nur für reguläre QI verfügbar)
CH-IQI	Bundesdurchschnitt Schweiz des Jahres 2020 (nur für reguläre QI verfügbar)
Fälle Register / DLD	Vergleich Fälle Register und Fälle in der DLD zum Vollzählighkeitsabgleich

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 2021 dargestellt. Zusätzlich ist das gesamt-österreichische Ergebnis, wenn möglich, auch mit Datenbasis 2019 und 2020 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. (G-IQI: Nimptsch et al. 2022; CH-IQI: BAG 2022). 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.

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 Vollständigkeit 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 Qualitätsindikatoren sind in der „Indikatorenbeschreibung Version 2022“ nachzulesen. (BMSGPK 2022)

## Lesebeispiel 1 – reguläre Qualitätsindikatoren

Reguläre Qualitätsindikatoren	A-IQI 2021									A-IQI		G-IQI	CH-IQI
	Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2020	Ö 2019	D 2020	CH 2020
01 - Herzinfarkt	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
01.10 Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	5,0%	802	16.032	124	28	8	x	5,6%	4,5%	8,2%	4,6%

Tabelle 7: Lesebeispiel Qualitätsindikator

Der Indikator 01.10 „Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle“ misst als Indikatortyp T Todesfälle (Spalte I). Es handelt sich um Fälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt. Als Zielwert ist ein Erwartungswert (II) hinterlegt. Insgesamt wurden im Jahr 2021 in Österreich 16.032 Fälle (V) an 124 Krankenanstalten-Standorten (VI) behandelt.

802 Fälle (IV) sind innerhalb des Krankenhausaufenthaltes verstorben. Der bundesweit tatsächlich gemessene Istwert betrug im Jahr 2021 5,0% (III: Zähler/Nenner).

Das Thema Herzinfarkt wurde bereits einmal als Jahres-Schwerpunkt bearbeitet und abgeschlossen (IX).

28 Krankenanstalten (VII) haben im Jahr 2021 weniger als 10 Fälle behandelt. 8 Krankenanstalten (VIII) liegen im Ergebnis in % (III) im statistisch signifikant auffälligen Bereich.

Der bundesweit tatsächlich gemessene Ist-Wert betrug im Jahr 2020 5,6% (X) und im Jahr 2019 4,5% (XI). Im Vergleich dazu lag der deutsche Bundesdurchschnitt 2020 bei 8,2% (XII) und jener der Schweiz im Jahr 2020 bei 4,6% (XIII).

## Lesebeispiel 2 – Versorgungsdichte, Versorgungsqualität

Versorgungsqualität/Versorgungsdichte	A-IQI 2021									med. Faktoren
	Wohnort Leistungsempfänger:in					Standort leistungserbringende KA				
	Ö 2021	Min.	Max.	Bezirk außerhalb der Bandbreite	Anzahl Bezirke	Min.	Max.	KA außerhalb der Bandbreite	Anzahl KA	
01 - Katarakt	12,89	8,65	21,26	4	94	10,95	15,71	1	56	Anteil traumatische Katarakt
02 - Adipositaschirurgie	0,28	0	0,6	4	92	0,2	0,41	3	35	
03 - Hysterektomie	0,76	0,48	1,66	6	94	0,55	1,33	4	86	
04 - Hüftprothese	1,95	0,87	2,73	6	94	1,61	2,52	4	100	medianes Alter
05 - Knieprothese	1,96	1,14	3,25	5	94	1,57	2,69	6	97	medianes Alter
06 - Kniearthroskopie	4,83	2,47	8,74	7	94	3,37	7,57	11	119	medianes Alter Knieprothesen, Anteil Arthroskopie

Pro Themengebiet werden folgende Informationen ausgewiesen (erklärt am Beispiel 01 – Katarakt):

- Ö 2021: Bundesweit wurden pro 1.000 Einwohner:innen 12,89 Katarakt-Leistungen erbracht.
- Wohnort Leistungsempfänger:in: bei der Betrachtung nach Wohnort der Leistungsempfänger:in betrug die minimale Versorgungsdichte auf Bezirksebene 8,65 und das Maximum 21,26 Eingriffe pro 1.000 Einwohner:innen. 4 Bezirke lagen hierbei außerhalb der zweifachen bundesweiten Bandbreite (Bundesweiter Mittelwert +/- 2-fache bundesweite Standardabweichung). Einwohner:innen aller betrachteten 94 Bezirke haben eine Katarakt-Leistung erhalten (Wien stellt hierbei einen Bezirk dar und wird nicht in 23 unterteilt).
- Standort leistungserbringende KA: die Betrachtung nach leistungserbringender KA zeigt, dass pro Krankenanstalt die minimale Versorgungsdichte 10,95 Leistungserbringungen pro 1.000 Einwohner:innen des Einzugsgebietes betrug (maximale: 15,71). Eine Krankenanstalt lag hierbei außerhalb der Bandbreite. Betrachtet werden hierbei jene Krankenanstalten die die betrachteten Leistungen im Jahr 2021 mindestens 10 Mal erbracht haben (56 KA).
- Med. Faktoren: als medizinischer Faktor wird bei Katarakt-Eingriffen der Anteil mit traumatischer Katarakt ausgewertet.