



Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz



Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

*ORGANISATIONSHANDBUCH
Systembeschreibung*

- Organisationsablauf und

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien ▪ **Titelbild:** © fotolia.com/Gina Sanders ▪
Stand: Juli 2019

Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen von A-IQI: "Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten“, Austrian Inpatient Quality Indicators.

Mitglieder der A-IQI Steuerungsgruppe:

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

Koordination:

Dr. Silvia Türk (BMASGK)

Mitarbeit:

Margarita Amon, MSc (BMASGK)

Ingrid Rath (BMASGK)

Ines Vukic, MSc (BMASGK)

Alle Rechte vorbehalten: Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z.B. Internet oder CD-Rom.

Wien, im Juli 2019

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungen	4
Tabellen	5
1. Rechtliche Rahmenbedingungen von A-IQI	6
2. Organisation	8
2.1. Organisatorische Einordnung von A-IQI	8
2.2. A-IQI Steuerungsgruppe	8
2.3. Wissenschaftlicher Beirat	9
2.4. A-IQI Geschäftsstelle	10
2.5. Landesgesundheitsfonds / Prikraf / Hauptverband	11
2.6. Krankenanstaltenträger	12
3. Qualitätsindikatoren (A-IQI)	14
3.1. Datenbasis und technische Hintergründe	14
3.2. Indikatorentypen und -kategorien	14
3.3. Weiterentwicklung	16
4. Peer-Review-Verfahren	17
4.1. Anforderung von Peer-Review-Verfahren	17
4.2. Zeitschiene Jahresablauf	18
4.3. Die Arbeit als Peer	19
4.4. Überblick Dokumente	19
4.5. Vorbereitung – Durchführung – Nachbereitung	20
5. Regeln für Krankenanstaltenträger	22
5.1. Präambel.....	22
5.2. Nutzung	22
5.3. Veröffentlichung.....	22
5.4. Kontrolle und Sanktionierung	23

ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Organisatorische Eingliederung A-IQI.....	8
Abbildung 2: Weiterentwicklungsprozess A-IQI.....	16
Abbildung 3: Zeitschiene Peer-Review-Verfahren	18
Abbildung 4: Aufgabenverteilung im Peer-Review-Verfahren	21

TABELLEN

Tabelle 1: Ergebniskategorie und Konsequenzen	15
Tabelle 2: Tagesablauf Peer-Review-Verfahren	20

1. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN VON A-IQI

Qualität im Gesundheitswesen und deren kontinuierliche Verbesserung ist seit etlichen Jahren ein zentrales Thema der österreichischen Gesundheitspolitik. Die Gesundheitsreformen 2013 und 2016 setzten diesen Weg konsequent fort und legten einen ihrer Schwerpunkte auf Ergebnisqualität. Dementsprechend hat A-IQI im Kontext der Qualitätsentwicklung in Österreich eine Schlüsselrolle.

Die wichtigste gesetzliche Grundlage für Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist das Gesundheitsqualitätsgesetz (BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F.), in dem z.B. die verpflichtende Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen und die Bedeutung der Ergebnisqualität verankert sind.

Das Gesundheitsqualitätsgesetz schreibt vor, dass zur „flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren“ ist. Patientenorientierung, Transparenz sowie die nachhaltige Förderung der Patientensicherheit stellen die zu berücksichtigenden Prinzipien dar, wodurch Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gesteigert werden sollen. Die dafür erforderliche Dokumentation und Datenmeldung soll im administrativen Aufwand explizit geringgehalten und weitestgehend durch bestehende Dokumentation erfolgen, wobei sichergestellt sein soll, dass diese österreichweit einheitlich erfasst wird.

Auch die Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitssystem legt Qualität als Steuerungskriterium fest. Die Ziele der Qualitätsstrategie wurden gemeinsam von allen maßgeblichen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen erarbeitet.

Im Zuge der Gesundheitsreform 2013 wurde A-IQI inklusive Peer-Review-Verfahren erstmals rechtlich verankert und somit verbindlich gemacht. Maßgebende Bestimmungen finden sich aktuell in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie in § 7 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes. (s. Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017, BGBl. I Nr. 26/2017).

Subsidiäre Register sind nach bundesweiten Kriterien festzulegen und die Ergebnisse in den A-IQI Prozess einzubinden. (Österreichische Strukturplan Gesundheit 2017)

Maßgebliche gesetzliche Grundlagen neben dem Medizinproduktegesetz sind die relevanten Verordnungen zu den subsidiären Registern:

- BGBl. II Nr. 437/2008: Verordnung zur Einrichtung eines Registers zur Sicherung der Qualität von Stroke-Units

- BGBl. II Nr. 432/2008: Verordnung zur Einrichtung eines Implantatregisters für den Bereich der Hüftendoprothetik
- BGBl. II Nr. 433/2008: Verordnung zur Einrichtung eines Registers zur Qualitätssicherung in der Herzchirurgie.

2. ORGANISATION

2.1. Organisatorische Einordnung von A-IQI

Für die Arbeiten zum Thema A-IQI wurden eine Steuerungsgruppe, ein Wissenschaftlicher Beirat sowie eine Geschäftsstelle eingerichtet. Die Steuerungsgruppe ist, wie die folgende Abbildung zeigt, organisatorisch der Fachgruppe Versorgungsprozesse zugeordnet. Die A-IQI Geschäftsstelle befindet sich innerhalb des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in der Abteilung für Qualität im Gesundheitssystem, Gesundheitssystemforschung.

Abbildung 1: Organisatorische Eingliederung A-IQI



Quelle: eigene Darstellung

2.2. A-IQI Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe ist jenes Gremium, das die grundsätzlichen Entscheidungen im System A-IQI trifft sowie die Weiterentwicklung vorantreibt.

Mitglieder der A-IQI-Steuerungsgruppe sind Vertreterinnen und Vertreter aus:

- jedem Landesgesundheitsfonds (LGF) und dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (Prikraf),
- dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) und
- dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB).

Zu den Aufgaben der A-IQI Steuerungsgruppe zählen:

- die Auswahl von jährlichen Schwerpunktindikatoren
- die Auswahl der einzelnen Peer-Review-Verfahren
- die Entscheidung über das weitere Vorgehen zu Vorschlägen aus dem Wissenschaftlichen Beirat
- die Weiterentwicklung und Adaptierung der Kennzahlen, des Peer-Review-Verfahrens und der Plattform www.kliniksuche.at
- die Einbindung der Ergebnisse subsidiärer Qualitätsregister in den A-IQI Prozess
- die Weiterleitung von abgeleiteten Empfehlungen aus den Analysen an die betroffenen gesundheitspolitischen Gremien
- das Monitoring der vereinbarten Maßnahmen in den Peer-Review-Verfahren in Bezug auf deren Umsetzung
- das Monitoring der Qualitätsindikatoren-Ergebnisse in Bezug auf die Ergebnis-Entwicklung seit dem Peer-Review-Verfahren
- die Berichtslegung
 - Expertenebene: Freigabe eines jährlichen A-IQI Berichts an die Bundes-Zielsteuerungskommission, inklusive Veröffentlichung auf der Homepage des BMASGK
 - Bevölkerungsebene: Freigabe der Veröffentlichung einzelner A-IQI Ergebnisse und weiterer relevanter Informationen auf www.kliniksuche.at.

2.3. Wissenschaftlicher Beirat

Die Steuerungsgruppe wird vom Wissenschaftlichen Beirat unterstützt. Die Mitglieder sind Vertreterinnen bzw. Vertreter aus:

- den Landesgesundheitsfonds, Krankenanstaltenträgern, Krankenanstalten,
- dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz,
- dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und
- den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Zu den Aufgaben des Wissenschaftlichen Beirats zählen:

- die Erarbeitung von Vorschlägen für die Weiterentwicklung und Adaptierung der Kennzahlen
- die Erarbeitung von Vorschlägen für Weiterentwicklungen im LKF-System
- die Erarbeitung von Vorschlägen zur Veröffentlichung neuer Inhalte auf www.kliniksuche.at
- die inhaltlich-fachliche Auseinandersetzung mit sonstigen zugewiesenen qualitätsrelevanten Themen.

Die inhaltlich-fachliche Diskussion der einzelnen Themen findet mit der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaft statt. Zusätzliche Expertinnen und Experten können vom BMASGK/LGF/Prikraf/HVB nominiert werden. Im Anschluss gibt der Wissenschaftliche Beirat eine entsprechende Empfehlung an die Steuerungsgruppe, ob und welche Neuerungen/Änderungen als sinnvoll erachtet werden. Die Steuerungsgruppe entscheidet über die weitere Vorgehensweise.

2.4. A-IQI Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle leitet die Steuerungsgruppe und den Wissenschaftlichen Beirat und übernimmt viele operative Tätigkeiten im System.

Zu den Aufgaben der A-IQI Geschäftsstelle zählen:

- die Wartung, Betreuung und Weiterentwicklung des A-IQI Systems (Kennzahlen, Peer-Review-Verfahren, www.kliniksuche.at) inkl. Erstellung des Organisationshandbuchs im Auftrag der A-IQI Steuerungsgruppe
- die Koordinierung der A-IQI-Steuerungsgruppe und des Wissenschaftlichen Beirats
- die fachliche und organisatorische Vorbereitung der Sitzungen der A-IQI Steuerungsgruppe und des Wissenschaftlichen Beirats
- die Ausbildung der Peer
- die Organisation des jährlichen Peer-Review-Follow-up (Präsentation der Peer-Review-Ergebnisse, Diskussion über bundesweite Verbesserungsmaßnahmen, Update zu A-IQI)
- die Festlegung und Beobachtung der Einhaltung der Regeln für Krankenanstalenträger
- die Erstellung des jährlichen A-IQI Berichtes und Ausarbeitung der Inhalte für www.kliniksuche.at zur Abnahme durch die A-IQI Steuerungsgruppe.

Bzgl. Qualitätsindikatoren

- die Erstellung der Technischen Indikatorenbeschreibung
- die Erstellung der Indikatorenbeschreibung sowie die Veröffentlichung auf der Homepage des BMASGK (nach Abnahme durch die A-IQI Steuerungsgruppe)
- die Übermittlung der aktuellen Indikatoren-Ergebnisse inkl. Zusatzauswertungen und Ergebnisse aus subsidiären Qualitätsregistern pro Krankenanstalt (inklusive weitergehende, für die Bearbeitung relevante Informationen) an die Verantwortlichen der LGF/des Prikraf/des HVB bzw. direkt an die Krankenanstalenträger oder Krankenanstalten in Abstimmung mit dem LGF/dem Prikraf/dem HVB
- die Übermittlung des A-IQI EDV-Tools (QDok) in der jeweils aktuellen Version an die Verantwortlichen der LGF/des Prikraf, bzw. nach Auftrag durch die Steuerungsgruppe direkt an die Krankenanstalenträger
- die Analyse aller Indikatoren und Erarbeitung von Vorschlägen zur Auswahl der Schwerpunktindikatoren und Präsentation in der A-IQI Steuerungsgruppe

- die Vorbereitung des Ergebnis-Monitorings sowie die Präsentation in der Steuerungsgruppe.

Bzgl. Peer-Review-Verfahren

- die Weiterentwicklung des Peer-Review-Verfahrens im Auftrag der A-IQI Steuerungsgruppe inkl. der Aktualisierung der Unterlagen
- die Erarbeitung von Vorschlägen für nationale Peer-Review-Verfahren
- die Übernahme administrativer Tätigkeiten im Peer-Review-Verfahren (siehe Kapitel Peer-Review-Verfahren) inkl. Kapazitätsplanung
- die Vorbereitung der Rückmeldebögen Kodierung für die potentiellen Peer-Review-Verfahren
- die Fallauswahl lt. standardisierten Kriterien für die einzelnen festgelegten Peer-Review-Verfahren in Abstimmung mit dem LGF/dem Prikraf/dem HVB
- die Zusammenfassung der Peer-Review-Ergebnisse in Bezug auf Verbesserungspotentiale und -maßnahmen und Präsentation der Ergebnisse in der A-IQI-Steuerungsgruppe
- die Vorbereitung des Maßnahmen-Monitorings der vereinbarten Maßnahmen in den Peer-Review-Verfahren sowie deren Präsentation in der Steuerungsgruppe in Bezug auf deren Umsetzung
- die Abwicklung der Reisekostenabrechnung für Peers
- die Information des LGF/Prikraf/HVB über die in ihrem Zuständigkeitsbereich aktiven Peers.

Bzgl. www.kliniksuche.at

- die technische und inhaltliche Verwaltung und Wartung der Homepage
- die Beantwortung von Anfragen aus den Krankenhäusern, der Bevölkerung, etc.
- die Aufbereitung der Inhalte vor Veröffentlichung zur Überprüfung durch die Mitglieder der A-IQI Steuerungsgruppe
- die organisatorische Abstimmung mit der Qualitätsberichterstattung
- die organisatorische Abstimmung mit dem Spitalskompass inkl. Datenabgleich (XDok, KA-Liste etc.).

2.5. Landesgesundheitsfonds / Prikraf / Hauptverband

Zu den Aufgaben der Landesgesundheitsfonds, des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds und des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger zählen:

- das Fungieren als Kommunikationsdrehscheibe zwischen der A-IQI Steuerungsgruppe und den Krankenanstaltenträgern / Krankenanstalten.

Bzgl. Qualitätsindikatoren

- die Weitergabe aller Indikatoren-Ergebnisse inkl. Zusatzauswertungen und Ergebnisse aus subsidiären Qualitätsregistern an die jeweiligen Krankenanstaltenträger bzw. Krankenanstalten (bzw. Weitergabe des Programms QDok) bzw. die Beauftragung des BMASGK dazu
- die Analyse der Ergebnisse der Schwerpunktindikatoren sowie der Rückmeldungen
- die Anforderung eines Peer-Review-Verfahrens bei nicht erklärbaren statistisch signifikanten Auffälligkeiten im Bereich der Schwerpunktindikatoren
- die Beobachtung von nicht-signifikanten Ergebnissen in den Schwerpunktindikatoren
- bei Bedarf Einfordern der gesetzten Aktivitäten vom Krankenanstaltenträger / der Krankenanstalt bei statistisch signifikanten Auffälligkeiten außerhalb der Schwerpunktindikatoren.

Bzgl. Peer-Review-Verfahren

- die Meldung von Primarärztinnen und Primärärzten für die Peer-Review-Schulung
- die Übermittlung der Rückmeldebögen Kodierung für die potentiellen Peer-Review-Verfahren an die Krankenanstalten sowie der Rückversand an das BMASGK
- die Übernahme administrativer Tätigkeiten im Peer-Review-Verfahren (siehe Kapitel Peer-Review-Verfahren)
- die Bewertung der Ergebnisse der Peer-Review-Verfahren und gegebenenfalls Auswahl und Setzen von Konsequenzen
- die Überprüfung der im Peer-Review-Verfahren festgelegten Verbesserungsmaßnahmen, die durch den Krankenanstaltenträger bzw. die Krankenanstalt nach einem Peer-Review-Verfahren gesetzt wurden sowie die Überprüfung der Verbesserung der Qualitätsindikatoren-Ergebnisse (Maßnahmen- und Ergebnis-Monitoring)
- ggf. Anforderung eines schwerpunktunabhängigen Peer-Review-Verfahrens.

Bzgl. www.kliniksuche.at

- die Überprüfung neuer Inhalte (Daten) vor Veröffentlichung im Rahmen der Möglichkeiten.

2.6. Krankenanstaltenträger

Zu den Aufgaben der Krankenanstaltenträger zählen:

- die kontinuierliche Verbesserung der Qualitätsindikatoren-Ergebnisse
- die Kommunikation der Qualitätsindikatoren-Ergebnisse an die verantwortlichen Stellen
- der Aufbau und die Verbesserung der Fehlerkultur
- die adäquate Bearbeitung von über dem Bundesdurchschnitt gelegenen, aber statistisch nicht signifikanten Ergebnissen – Ergebniskategorie nicht signifikant auffällig

- die Bearbeitung der statistisch signifikanten Ergebnisse außerhalb der Schwerpunktindikatoren und bei Aufforderung Vorlage der gesetzten Aktivitäten an den Fonds/HVB
- gegebenenfalls das Anfordern eines A-IQI Peer-Review-Verfahrens, insbesondere bei statistisch signifikanten Ergebnissen
- die Bearbeitung der Peer-Review-Ergebnisse und das Setzen von Verbesserungsmaßnahmen
- die adäquate Verwendung der eingeschränkt eigenverantwortlich erhobenen Ergebnisse als Instrument zur internen Qualitätsverbesserung (siehe Kapitel Regeln für Träger)
- die Bereitstellung und regelmäßige Aktualisierung der Inhalte, die außerhalb der Routinedaten in klinische zur Verfügung gestellt werden (z.B. Information zu Öffnungszeiten über Plattform Spitalskompass).

Die Zeit von Peers gilt als Arbeitszeit und wird vom entsendenden Träger getragen.

3. QUALITÄTSINDIKATOREN (A-IQI)

3.1. Datenbasis und technische Hintergründe

Datengrundlage für die Berechnungen der A-IQI Indikatoren stellt der Basisdatensatz der Diagnosen- und Leistungsdokumentation dar, der in erster Linie für die Abrechnung stationärer Aufenthalte mittels des LKF-Systems verwendet wird und verpflichtend zu melden ist.

Die Zählung von Patientinnen und Patienten sowie die Auswertung von Behandlungsverläufen ist ab dem Berichtsjahr 2015 möglich, wird derzeit jedoch nicht in den regulären A-IQI Indikatoren, sondern in Zusatzauswertungen (z.B. Endoprothetik, Augenheilkunde) angewandt. Somit wird im Rahmen von A-IQI bei den regulären Indikatoren und Zusatzauswertungen derzeit ausschließlich auf Routinedaten zurückgegriffen.

Der Diagnosen- und Leistungsdokumentation liegen zwei vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz publizierte Kataloge zu Grund: der ICD-10 Katalog für die Diagnosen und der Leistungskatalog für die Medizinischen Einzelleistungen. Beide Kataloge werden jährlich gewartet und adaptiert.

Neben den regulären Qualitätsindikatoren und Zusatzauswertungen fließen auch bundesweite Registerergebnisse in die Qualitätsarbeit rund um A-IQI mit ein.

3.2. Indikatorentypen und -kategorien

Was wird in A-IQI gemessen? Es werden unterschiedliche Themenfelder und Behandlungsprozesse betrachtet und jeder Indikator dementsprechend in einen der sieben Typen eingeordnet:

- T Todesfälle z.B. Herzinfarkt, Anteil Todesfälle
- I Intensivhäufigkeit z.B. Hernien-Operationen, Anteil Intensivaufenthalte
- K Komplikationen z.B. Cholezystektomie, Anteil Re-Operationen im selben Aufenthalt
- M Mengen z.B. Anzahl schwere Mehrfachverletzungen
- O Operationstechnik z.B. Hysterektomie, Anteil abdominalen Operationen
- V Versorgung, Prozess z.B. Hüftgelenknahe Fraktur, Anteil präoperative Verweildauer > 1 Tag
- Z Zusatzinformationen z.B. Anteil der Fälle in den A-IQI Indikatoren.

Nähere Details zu den Qualitätsindikatoren finden sich in der öffentlich zugänglichen A-IQI Indikatorenbeschreibung auf der Website des BMASGK.

Insgesamt werden drei Indikatorenkategorien unterschieden:

1. Indikatoren mit Zielbereich,
2. Sentinel-Ereignisse und
3. Informationsindikatoren.

Für die Kennzahlen mit Zielbereich werden Bundesdurchschnitte oder Erwartungswerte (risikoadjustiert mittels Alters und Geschlecht) als Vergleichsbasis herangezogen. Im Bereich Mindestmengen werden Vorgaben aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit als Zielwerte für Mindestfallzahlen verwendet. Darüber hinaus werden auch (aus statistischen Gründen erst ab 10 Gesamtfällen) Konfidenzintervalle berechnet. Darauf aufbauend erfolgt, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, eine Einteilung in nicht auffällig, nicht signifikant auffällig oder signifikant auffällig.

Bei Sentinel-Ereignissen führt bereits ein Todesfall zu einer Auffälligkeit. Bei diesen Sentinel-Todesfällen (z.B. Hüftgelenkersatz elektiv, Hysterektomie, Geburt) sollte jedem Fall nachgegangen werden, auch wenn die statistische Signifikanz fehlt, da die Bearbeitung von Fällen mit Sentinel-Events die Patientensicherheit erhöhen kann.

Bei der Ergebniskategorie signifikant auffällig liegt nicht nur das gemessene Ergebnis einer Krankenanstalt über dem Zielbereich, sondern auch der Zielbereich außerhalb des 95%-Konfidenzintervalls des Anteilswertes. Bei Sentinel-Ereignissen sowie Mindestmengen werden keine Konfidenzintervalle berechnet.

Alle drei Ergebniskategorien sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 1: Ergebniskategorie und Konsequenzen

Ergebniskategorie	Vergleich zum Zielbereich	Konsequenzen
nicht auffällig (grün)	Zielbereich erreicht bzw. kein Todesfall bei Sentinel-Indikatoren bzw. Mindestmenge erfüllt	keine
nicht signifikant auffällig (gelb)	Zielbereich nicht erreicht – aber innerhalb 95 % CI (statistisch nicht signifikant)	gegebenenfalls Handlungsbedarf in der Autonomie des Trägers und gegebenenfalls Beobachtungsbedarf durch den LGF/Prikräf/HVB
signifikant auffällig (rot)	Zielbereich nicht erreicht – außerhalb 95 % KI (statistisch signifikant) bzw. mind. 1 Todesfall bei Sentinel-Indikatoren bzw. Mindestmenge nicht erfüllt	Handlungsbedarf (KI=Konfidenzintervall)

Quelle: eigene Darstellung

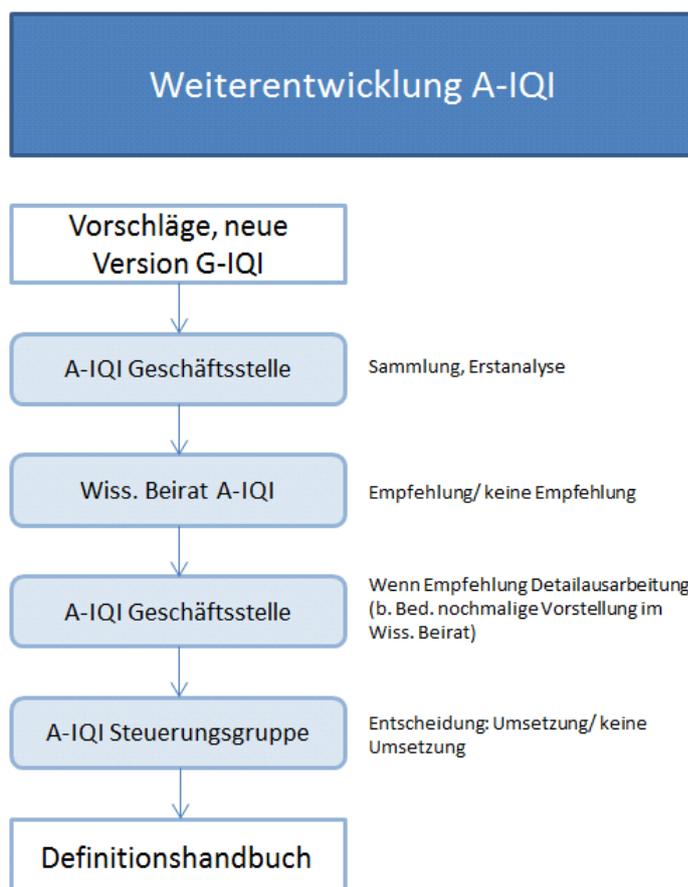
3.3. Weiterentwicklung

Die nationale und internationale Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren findet laufend statt, wobei jährlich eine neue Indikatoren-Version inkl. QDok zur Verfügung gestellt wird.

Aufgrund des Anspruches, auch international mit Deutschland (G-IQI) und der Schweiz (CH-IQI) vergleichbar zu bleiben, ist die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren mittlerweile zu einem komplexen Prozess geworden. Nationale Weiterentwicklungsvorschläge und neue oder modifizierte Indikatoren aus der G-IQI Version werden innerhalb der A-IQI Geschäftsstelle gesammelt, analysiert und für den Wissenschaftlichen Beirat aufbereitet. Der Wissenschaftliche Beirat erarbeitet für die A-IQI Steuerungsgruppe eine Empfehlung zum Weiterentwicklungsvorschlag. Die Entscheidung über die weitere Vorgehensweise trifft die A-IQI Steuerungsgruppe.

Über die Aufnahme von neuen Indikatoren oder die Übernahme von neuen internationalen Versionen entscheidet die A-IQI Steuerungsgruppe. Die Übersetzungsarbeiten in Bezug auf die verschiedenen Abrechnungssysteme übernimmt die A-IQI Geschäftsstelle.

Abbildung 2: Weiterentwicklungsprozess A-IQI



Quelle: eigene Darstellung

4. PEER-REVIEW-VERFAHREN

Das Verfahren dauert einen ganzen Tag und wird grundsätzlich im Krankenhaus vor Ort von „externen“, erfahrenen und geschulten Primarärztinnen und Primärärzten (Peers) durchgeführt. Das Peer-Review-Team besteht aus 3 bis 5 Peers aus zumindest 2 unterschiedlichen Fachrichtungen und analysiert und bewertet bis zu 20 Fälle anhand von definierten Analyse Kriterien. Das Herzstück des Verfahrens ist die gemeinsame Diskussion der Einzelfälle mit den Primarärztinnen und Primärärzten vor Ort und eine anschließend gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen.

Ziele sind:

- Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses (von Abteilungsdenken zu interdisziplinären Fallbetrachtungen; Abläufe, Strukturen und Schnittstellen optimieren)
- Aufdecken lokaler Besonderheiten (Krankenhausstruktur und Umfeld)
- Etablieren einer offenen Fehlerkultur (offene sachliche Diskussion mit allen Beteiligten, Förderung von kritischer Selbsteinschätzung)
- Nachhaltigkeit des Verbesserungsprozesses
- Kontrolle der Kennzahlen.

4.1. Anforderung von Peer-Review-Verfahren

Die Anforderung von Peer-Review-Verfahren kann auf drei unterschiedliche Arten erfolgen:

- durch die Empfehlung der Steuerungsgruppe oder
- durch Anforderung von LGF/Prikraf/HVB oder
- durch Anforderung von Krankenanstaltenträger oder Krankenanstalt (über LGF/Prikraf/HVB).

Die Verfahren durch Empfehlung der Steuerungsgruppe sind Konsequenz von Auffälligkeiten innerhalb der Schwerpunktindikatoren. Darüber hinaus können der LGF/Prikraf/HVB, ein Krankenanstaltenträger oder eine einzelne Krankenanstalt im jeweiligen Zuständigkeitsbereich auch ein schwerpunktunabhängiges Peer-Review-Verfahren anfordern.

Die Anforderung eines schwerpunktunabhängigen Verfahrens erfolgt schriftlich an den LGF/den Prikraf/den HVB (jeweils nach Zuständigkeit) und an die Geschäftsstelle A-IQI. Die Geschäftsstelle A-IQI prüft, ob die formalen Erfordernisse eingehalten wurden sowie die vorhandenen Kapazitäten und nimmt bei Bedarf eine Priorisierung oder Reihung vor. Der anschließende Ablauf ist analog den Peer-Review-Verfahren, die durch Empfehlung der Steuerungsgruppe durchgeführt werden. (siehe Kapitel Vorbereitung-Durchführung-Nachbereitung)

4.2. Zeitschiene Jahresablauf

Der Start der Datenanalyse in Bezug auf die Qualitätsindikatoren-Ergebnisse richtet sich nach der Datenmeldeschiene im System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung. Für die Vorjahresdaten liegt die Meldefrist bei 31. Mai. Wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, startet die Ergebnisberechnung auf Krankenanstalten-Ebene und die anschließende Analyse der Ergebnisse innerhalb des BMASGK im Juli sobald alle Daten eingelangt und plausibilisiert sind.

Abbildung 3: Zeitschiene Peer-Review-Verfahren



Quelle: eigene Darstellung

Im Juli versendet das BMASGK die Ergebnisse der Schwerpunktindikatoren und Rückmeldebögen Kodierung für alle potentiellen Peer-Review-Verfahren an den LGF/Prikraf/HVB (jeweils nach Zuständigkeit). Die Rückmeldebögen Kodierung werden an den Krankenanstaltenträger/die Krankenanstalten zur Analyse der Datenqualität weitergeleitet. Die definitive Festlegung aller Peer-Review-Verfahren findet in gemeinsamer Abstimmung unter Einbezug der Rückmeldebögen Kodierung innerhalb der Steuerungsgruppe im September statt. Wenn diese festgelegt sind, erfolgt im nächsten Schritt die Zuteilung der Peer-Review-Teams zu den einzelnen Verfahren seitens des BMASGK sowie die anschließende Bekanntgabe der Teameinteilung an den LGF/Prikraf/HVB sowie an die Peers.

Die telefonische Ankündigung der einzelnen Peer-Review-Verfahren erfolgt seitens des LGF/Prikraf/HVB (jeweils nach Zuständigkeit) nach Bekanntgabe der Peer-Review-Teams. Vor dem Start der Terminfindung müssen alle ärztlichen Direktorinnen und Direktoren, welche von einem Peer-Review-Verfahren betroffen sind, darüber Bescheid wissen. Die Fixierung der einzelnen Peer-Review-Termine übernimmt das BMASGK. Die Terminabstimmung erfolgt dabei mit dem Peer-Review-Team, LGF, Prikraf, HVB, (jeweils nach Zuständigkeit) dem

Krankenanstaltenträger sowie der Krankenanstalt. Die einzelnen Peer-Review-Verfahren laufen ganzjährig ab. Die Peer-Review-Ergebnisse sind Teil des jährlichen Peer-Review-Follow-up im September.

4.3. Die Arbeit als Peer

Um als Peer tätig sein zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Funktion Primararzt/Primarärztin oder
- Oberarzt/Oberärztin in leitender Funktion in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten
- Teilnahme an einer Peer-Review-Schulung (die Meldung für die Schulung erfolgt über den LGF/Prikräf/HVB oder über die jeweilige Wiss. Gesellschaft)
- Verpflichtung für zwei Peer-Review-Verfahren jährlich für mindestens drei Jahre
- Zustimmung zur Veröffentlichung des Namens auf der Homepage des BMASGK.

Aufgaben:

- Durchführung der Peer-Review-Verfahren gemäß aktuellen Vorgaben
- Erstellung und Versand eines Protokolls an die Ärztliche Direktion, den Krankenanstaltenträger, den LGF/ Prikräf/HVB (jeweils nach Zuständigkeit) und die A-IQI Geschäftsstelle
- Feedback anhand des Fragebogens Teamleitung.

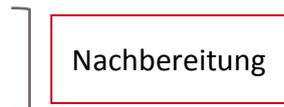
Die Reisekostenabrechnung erfolgt über die A-IQI Geschäftsstelle. Die Zeit, die die Peers für ein Peer-Review-Verfahren aufwenden, gilt als Arbeitszeit und wird vom entsendenden Träger getragen.

4.4. Überblick Dokumente

Zur Standardisierung und Qualitätssicherung der Peer-Review-Verfahren kommen folgende Dokumente in der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung zum Einsatz, welche in der aktuellen Fassung auf der Homepage des BMASGK abrufbar sind:

- Checkliste LGF/Prikräf/HVB
 - Checkliste Teamleitung
 - Checkliste Krankenhaus
 - Ankündigungsschreiben
 - Analysekriterien
 - Bewertungsbogen-Selbstbewertung
 - Verschwiegenheitsverpflichtung
 - Bewertungsbogen-Fremdbewertung
 - Protokoll
-
- Vorbereitung
- Durchführung (+ Analysekriterien, Verschwiegenheitsverpflichtung)

- Fragebogen Teamleitung
- Fragebogen Krankenhaus
- Vorlage Reisekostenabrechnung



4.5. Vorbereitung – Durchführung – Nachbereitung

Das Peer-Review-Verfahren dauert einen ganzen Tag und findet zeitlich von 08:30 bis 16:00 Uhr mit folgenden Teilnehmenden statt:

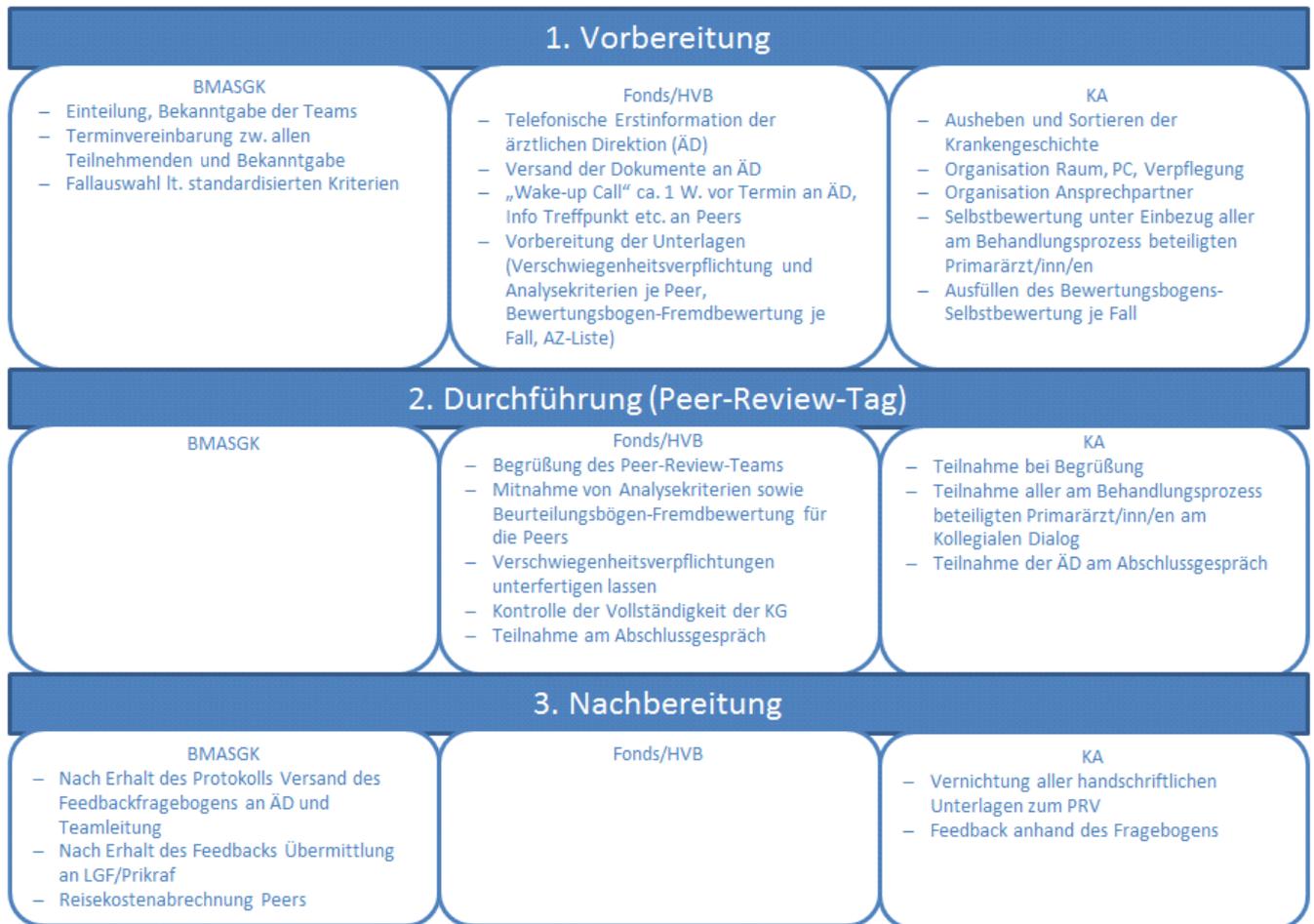
Tabelle 2: Tagesablauf Peer-Review-Verfahren

Uhrzeit	Aktivität	Beteiligte Akteurinnen/Akteure
08:30	Begrüßung des Peer-Review-Teams, Besprechung des Tagesablaufs	LGF/Prikraf/HVB (jeweils nach Zuständigkeit), Ärztliche Direktion, alle betroffenen Primarärztinnen und Primärärzte des Hauses, Peer-Review-Team
09:00-13:00	Analyse der Krankengeschichten	ausschließlich Peer-Review-Team
13:00-15:00	Kollegialer Dialog	ausschließlich Peer-Review-Team und alle betroffenen Primarärztinnen und Primärärzte des Hauses
15:00-16:00	Abschlussgespräch	LGF/Prikraf/HVB (jeweils nach Zuständigkeit), Träger, Ärztliche Direktion, Peer-Review-Team, ev. alle betroffenen Primarärztinnen und Primärärzte des Hauses

Quelle: eigene Darstellung

Die Aufgaben der einzelnen Beteiligten – BMASGK, LGF/Prikraf/HVB, Krankenhaus – sind anhand der drei Phasen Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung eines Peer-Review-Verfahrens in der folgenden Abbildung im Detail dargestellt. Einzelne Aufgaben wie z.B. die Vorbereitung der Dokumente können seitens des HVB an den Krankenhausenträger (AUVA) delegiert werden.

Abbildung 4: Aufgabenverteilung im Peer-Review-Verfahren



Quelle: eigene Darstellung

5. REGELN FÜR KRANKENANSTALTENTRÄGER

5.1. Präambel

Um das A-IQI System nicht zu gefährden, ist höchste Vertraulichkeit im Umgang mit den Daten erforderlich. Es dürfen daher keine Kennzahlen aus A-IQI veröffentlicht und auch nicht indirekt oder allgemein darauf in der Öffentlichkeit (ohne explizite Zustimmung der A-IQI Steuerungsgruppe) Bezug genommen oder Kennzahlen eigenmächtig adaptiert und in adaptierter Form verwendet werden.

Den Krankenanstaltenträgern/Krankenanstalten wird das EDV-Programm QDok in der jeweils aktuellen Fassung unentgeltlich als Instrument zur Ergebnisqualitätsmessung von der A-IQI Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt. Die Übermittlung erfolgt grundsätzlich über den Landesgesundheitsfonds/Prikraf. Ausnahme davon sind die bundesweiten Krankenanstaltenträger, die das Programm in Abstimmung mit dem LGF/HVB über die A-IQI Geschäftsstelle erhalten.

Folgende nachstehende Regeln (Lizenzbedingungen) müssen von den Krankenanstaltenträgern eingehalten werden:

5.2. Nutzung

Den Krankenanstaltenträgern/Krankenanstalten wird das Programm QDok unentgeltlich und bis auf Widerruf zur Nutzung überlassen. Die Weitergabe des Programmes innerhalb der Trägerinstitution (Krankenanstalten, Abteilungen) ist gestattet.

Zur Berechnung der AIQI-Indikatoren greift das Programmpaket QDok auf eine verschlüsselte Datenbank zu. Es ist nicht zulässig, dass z.B. KIS-Systeme mit dieser Datenbank in irgendeiner Form technisch verknüpft werden.

Die Krankenanstaltenträger/Krankenanstalten werden mit diesem Programm unterstützt und ermuntert, die Methodenarbeit zur Ergebnisqualitätsmessung anzuwenden. Eine eigenmächtige Programmierung der Kennzahlen oder Adaptierung der Kennzahleninhalte/Zielbereiche und Verwendung dieser ist nicht gestattet.

Die Krankenanstaltenträger/Krankenanstalten können sich bei Fragen zur technischen und inhaltlichen Nutzung des QDok an ihren LGF/den Prikraf bzw. an die A-IQI Geschäftsstelle wenden.

5.3. Veröffentlichung

Ohne Zustimmung durch die A-IQI Steuerungsgruppe, dürfen keine Kennzahlen aus dem A-IQI-Projekt veröffentlicht bzw. indirekt oder allgemein darauf in der Öffentlichkeit Bezug genommen werden.

Insbesondere gilt:

- kein Marketing mit dem Begriff oder Inhalt A-IQI (Werbung, Ranking, etc.)
- keine Veröffentlichung von Kennzahlen aus dem A-IQI Projekt
- keine Verwendung von Kennzahlen aus A-IQI zur Veröffentlichung in wissenschaftlichen Arbeiten (auch nicht von Kennzahlen aus der eigenen Trägerinstitution, wenn auf A-IQI direkt oder indirekt Bezug genommen wird) ohne vorherige Übereinkunft mit der A-IQI Steuerungsgruppe

www.kliniksuche.at stellt das führende Instrument zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten dar. Über Weiterentwicklung (z.B. Darstellung neuer Inhalte/Themengebiete, Aktualisierung der Daten, etc.) entscheidet die A-IQI Steuerungsgruppe. Außerordentliche Änderungen, die seitens der Krankenanstalten/der Krankenanstaltenträger an die A-IQI Geschäftsstelle gemeldet werden (z.B. Änderung eines Krankenanstalten-Namens) sind seitens der A-IQI Geschäftsstelle mit dem betroffenen LGF, dem Prikraf bzw. dem HVB abzustimmen.

5.4. Kontrolle und Sanktionierung

Die Kontrolle über einen Regelverstoß obliegt der A-IQI Geschäftsstelle. Die LGF/der Prikraf/der HVB haben über einen ihnen bekannt gewordenen Regelverstoß die A-IQI Geschäftsstelle unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

Unbeschadet der gesetzlichen Bestimmungen und Schadenersatzforderungen, die sich aus dem Urheberrecht und dem Copyright ableiten lassen, gilt für Krankenanstaltenträger/Krankenanstalten die trotz Abmahnung gegen die Regeln verstoßen:

- Entzug des Nutzungsrechtes des Programms
- Veröffentlichung über den Entzug des Nutzungsrechtes.

Krankenanstaltenträgern/Krankenanstalten, die trotz zweimaliger schriftlicher Abmahnung durch die A-IQI Geschäftsstelle gegen die Regeln verstoßen, wird ohne Angabe von weiteren Gründen die Nutzung, Weitergabe und Vervielfältigung des QDok-Programmes untersagt. Es werden auch keine Auswertungen und Informationen zum A-IQI-Projekt bereitgestellt. In begründeten Einzelfällen und in Absprache mit der internen Revision des Krankenanstaltenträgers/der Krankenanstalt kann der Entzug des Nutzungsrechtes auf die Krankenanstalt beschränkt werden, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegen die Regeln verstoßen haben. Der Entzug des Nutzungsrechtes kann zeitlich begrenzt werden.

Krankenanstaltenträger/Krankenanstalten, denen das Nutzungsrecht entzogen wurde, werden auf der Homepage des BMASGK mit Angabe des Datums des Entzugs, und gegebenenfalls der Einschränkung auf die Krankenanstalt sowie die zeitliche Beschränkung des Entzugs, veröffentlicht.

**BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT
UND KONSUMENTENSCHUTZ**

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel.: +43 1 711 00-0

sozialministerium.at