

## Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

# Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Bericht 2019

Abgenommen durch die Bundes-  
Zielsteuerungskommission am 29. November 2019

## IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Stubenring 1

1010 Wien

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

Mitglieder der A-IQI Steuerungsgruppe:

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

Koordination:

Sektionsleitung Dr. Silvia Türk (BMASGK)

Mitarbeit:

Margarita Amon, MSc (BMASGK)

Assoc. Prof. Mag. Dr. Peter Klimek (Medizinische Universität Wien)

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Ingrid Rath (BMASGK)

Ines Vukic, MSc (BMASGK)

Wien, im Oktober 2019

## Management Summary

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

- Inpatient Quality Indicators (IQI): Die IQI werden in Österreich, Deutschland und der Schweiz angewandt. Dies ermöglicht einen 3-Länder-Vergleich der Ergebnisse.
- Berichtslegung: erfolgt auf 2 Ebenen  
Expertinnen und Experten – jährliche Erarbeitung eines A-IQI Berichts  
Bürgerinnen und Bürger – [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at).
- Peer-Review-Verfahren 2019: Zum Schwerpunkt Adipositas-Chirurgie
- Peer-Review-Ergebnisse, ausgewählte Beispiele:
  - Implementierung eines interdisziplinären Boards (z.B. Indikationsstellung)
  - Erarbeitung von Standards im Umgang mit Komplikationen (Pflege, Medizin)

Feedback der Krankenhäuser: Rücklaufquote 100%, insgesamt gute Bewertung, schlechteste durchschnittliche Bewertung einer Frage liegt bei 2,1 (nach Schulnotensystem 1-5).

Feedback der Peer-Review-Teams: Rücklaufquote 100%, insgesamt sehr gute Bewertung, Ergebnisse liegen bei den zentralen Fragen bei 1,0 (nach Schulnotensystem 1-5).

- Kliniksuche.at: Neue Leistungen & Diagnosen wurden hinzugefügt.

---

### Neue Leistungen & Diagnosen

Herzinfarkt

Koronarangiographie

Herzfehler angeboren

Lungenoperation

Hüftgelenknahe Fraktur

Hüftprothesen-Wechsel

Knieprothesen-Wechsel

---

# Inhalt

Abbildungen und Tabellen .....	I
Abkürzungen .....	III
1 System A-IQI.....	1
1.1 Weiterentwicklung, Regelkreis in A-IQI.....	1
1.2 Qualitätsindikatoren.....	3
1.3 Zusatzauswertungen.....	7
1.4 Peer-Review-Verfahren .....	7
2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018 / Vergleich Deutschland und Schweiz .....	11
2.1 Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung.....	11
2.2 Lesebeispiel Qualitätsindikator .....	13
2.3 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018 .....	14
3 Peer-Review-Ergebnisse 2019.....	27
3.1 Peer-Review-Ergebnisse Adipositas-Chirurgie.....	27
3.2 Feedbackergebnisse .....	28
3.3 Änderungen organisatorisch .....	30
4 Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen aus den Peer-Review-Verfahren .....	31
4.1 Hüftgelenknahe Frakturen.....	31
4.2 Schlaganfall .....	32
4.3 Cholezystektomie .....	34
4.4 Urologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie.....	34
5 Monitoring der qualitätsverbessernden Maßnahmen .....	36
5.1 Ergebnis-Monitoring.....	36
5.2 Maßnahmen-Monitoring (Peer-Review-Verfahren).....	39
6 Endoprothetik .....	41
6.1 Reguläre A-IQI Indikatoren .....	41
6.2 Zusatzauswertung Endoprothetik .....	42
6.2.1 Hüftendoprothesen-Revisionen .....	42
6.2.2 Knieendoprothesen-Revisionen .....	44
6.3 Bundesweite Erhebung aller Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen und Sentinel Todesfälle.....	45
6.3.1 Hüftendoprothesen-Revisionen .....	46
6.3.2 Knieendoprothesen-Revisionen .....	49

6.4	Korrelationsanalysen .....	51
6.4.1	Ergebnisse .....	51
6.4.2	Beschreibung der Methodik.....	54
7	www.kliniksuche.at.....	55
7.1	Grundlagen .....	55
7.2	Updates, Weiterentwicklung.....	56
7.3	Inhalte.....	57
7.4	Update 2019 .....	61
8	Ausblick 2020 .....	62
	Literatur.....	63

## Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013).....	2
Abbildung 2: Ausschnitt Feedbackfragebogen Krankenhaus, Kategorie 2 (Quelle: BMASGK).....	29
Abbildung 3: Ausschnitt Feedbackfragebogen Teamleitung (Quelle: BMASGK) .....	30
Abbildung 4: 3-stufige Schlaganfalldokumentation (Quelle: BMASGK 2018).....	33
Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsverteilung bei Hüftendoprothesen-Revisionen – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK) .....	46
Abbildung 6: Verteilung zwischen Fremd- und Eigenrevisionen und Stehzeit – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK) .....	47
Abbildung 7: Verteilung Revisionsseite und BMI – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK).....	47
Abbildung 8: präoperative Verweildauer und Verweildauer – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK) .....	48
Abbildung 9: Komorbiditäten und Hauptrevisionsgründe – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK) .....	48
Abbildung 10: Alters- und Geschlechtsverteilung bei Knieendoprothesen-Revisionen – Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK) .....	49
Abbildung 11: Verteilung zwischen Fremd- und Eigenrevisionen und Stehzeit – Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK) .....	49
Abbildung 12: präoperative Verweildauer und Verweildauer – Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK) .....	50
Abbildung 13: Verteilung Revisionsseite und BMI - Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK).....	50
Abbildung 14: Komorbiditäten und Hauptrevisionsgründe – Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK) .....	51
Abbildung 15: Startseite kliniksuche.at (Quelle: <a href="http://www.kliniksuche.at">www.kliniksuche.at</a> ) .....	56
Abbildung 16: Weiterentwicklung kliniksuche.at.....	57
Abbildung 17: Leistungen & Diagnosen .....	58
Abbildung 18: Kliniksuche.at – Beispielkrankenhaus Gebärmutterentfernung (Quelle: <a href="http://www.kliniksuche.at">www.kliniksuche.at</a> ) .....	59

Tabelle 1: Überblick Qualitätsindikatoren.....	3
Tabelle 2: Überblick Modifikationen A-IQI Version 2019.....	6
Tabelle 3: Überblick Peer-Review-Verfahren.....	7
Tabelle 4: Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens.....	8
Tabelle 5: Analysekriterien.....	10
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren-Ergebnisse, Erklärung einzelne Spalten.....	11
Tabelle 6: Lesebeispiel Qualitätsindikator.....	13
Tabelle 7: Verbesserungsmöglichkeiten Adipositas-Chirurgie.....	28
Tabelle 8: Überblick bearbeitete Schwerpunktthemen.....	36
Tabelle 9: Beispiel Ergebnis-Monitoring.....	37
Tabelle 10: Erhebung Maßnahmen-Monitoring, Beispiel.....	40
Tabelle 11: Ergebnisse Zusatzauswertung Endoprothetik – Hüfte (Quelle: BMASGK).....	42
Tabelle 12: Ergebnisse Zusatzauswertung Endoprothetik – Knie (Quelle: BMASGK).....	44
Tabelle 13: Ergebnisse Korrelationsanalyse (Quelle: BMASGK).....	52

## Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
auff.	auffällig
BD	Bundesdurchschnitt
BM	Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BS	Bandscheibe
CH	Schweiz
CH-IQI	Swiss Inpatient Quality Indicators
CI	Konfidenzintervall
CT	Computertomographie
D	Deutschland
EW	Erwartungswert
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICU	Intensive Care Unit
IM	Innere Medizin
IMCU	Intermediate Care Unit
INT	Intensivmedizin
IQI	Inpatient Quality Indicators
JSP	Jahresschwerpunkte
KA	Krankenanstalt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
M&MK	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
Ö	Österreich
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
OP	Operation
Pat.	Patientinnen und Patienten
PDMS	Patientendatenmanagementsystem
SE	Sentinel
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SOP	Standard Operating Procedure
WK	Wirbelkörper
WS	Wirbelsäule
ZW	Zielwert



# 1 System A-IQI

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

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

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

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

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

## 1.1 Weiterentwicklung, Regelkreis in A-IQI

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

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

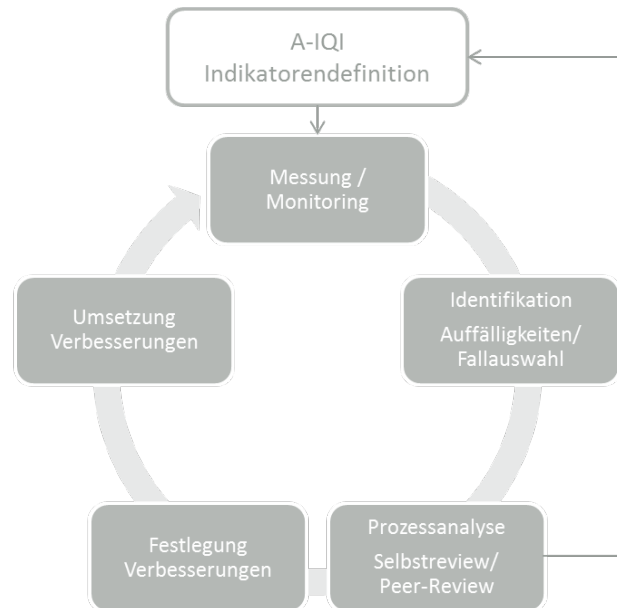


Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013)

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

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

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

**Prozessanalyse:** Die zentral ausgewählten 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 1.4.

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

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

Bedeutsame Themen werden auch bundesweit mit den wissenschaftlichen Gesellschaften erarbeitet.

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

## 1.2 Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsindikatoren werden anhand von Krankheitsbildern oder Operationen gebildet. Diese Indikatoren beinhalten ein breites Spektrum von häufigen Standardbehandlungen bis zu hochkomplexen Eingriffen und Krankheitsbildern. Die Qualitätsindikatoren werden derzeit in der Version 2019 verwendet. Datengrundlage für die Berechnungen der A-IQI Indikatoren ist das LKF-System. Derzeit beschränken sich die regulären A-IQI Indikatoren auf den stationären Bereich.

Überblick Qualitätsindikatoren	Detail
Aktuelle Version	2019
Anzahl an Themenbereichen	55
Anzahl an Indikatoren	380
Anzahl an Indikatoren mit Zielbereich	162 (145 Zielbereich, 17 Sentinel)
Anzahl an Indikatorentypen	7
Anzahl an Indikatorenkategorien	3

---

Tabelle 1: Überblick Qualitätsindikatoren

Welche 7 Indikatorentypen werden gemessen?

- Todesfälle z.B. Schenkelhalsfrakturen, Anteil Todesfälle
- Intensivhäufigkeit z.B. Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte  $\geq 2$  Nächte
- Komplikationen z.B. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Anteil abnorme Verläufe
- Mengen insgesamt z.B. Schrittmacherversorgung insgesamt
- Operationstechnik z.B. Hysterektomien, Anteil laparoskopische Operationen
- Versorgungsprozess z.B. Schenkelhals-/Pertrochantäre Fraktur m. Prothese / Osteosynthese, Anteil präoperative Verweildauer  $\geq 2$  Tage
- Zusatzinformationen z.B. Anteil der Fälle in den A-IQI Indikatoren.

Es werden drei Indikatorenkategorien unterschieden:

- Indikatoren mit Zielbereich
- Sentinel-Ereignisse
- Informationsindikatoren.

Für die Kennzahlen mit **Zielbereich** werden Bundesdurchschnitte oder Erwartungswerte (fallbezogen, risikoadjustiert mittels Alter und Geschlecht) als Vergleichsbasis herangezogen. Neben den Erwartungswerten und Bundesdurchschnitten werden im Indikatoren-Bereich 54 Mindestmengen-Vorgaben aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit als Zielwerte verwendet.

Für **Indikatoren mit Zielbereich** werden (aus statistischen Gründen erst ab 10 Gesamtfällen) Konfidenzintervalle berechnet. Für jedes Ergebnis wird ein 95 %-Konfidenzintervall um den gemessenen Wert einer Krankenanstalt berechnet. Liegt der Zielwert außerhalb dieses Konfidenzintervalls, ist das Ergebnis der Krankenanstalt signifikant auffällig. Bei einer gelben Ampel ist der Wert der 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**. Dabei handelt es sich um Indikatoren zur Patientensicherheit (z.B. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Anteil Todesfälle) wo bereits jeder einzelne Todesfall zu einer signifikanten Auffälligkeit führt.

Folgende Modifikationen und Erweiterungen wurden in der A-IQI Version 2019 vorgenommen:

Neue Indikatoren	Details	
Herzinsuffizienz	02.15	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Herzinsuffizienz nicht näher bezeichnet
Entfernung der Gebärmutter	31.21	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil abdominale Operationen
Eingriffe am Beckenboden	34.10 34.11 34.12 34.13	Suspensionsoperationen und Plastiken im Bereich des Beckenbodens insgesamt Suspensionsoperationen und Plastiken bei Genitalprolaps Suspensionsoperationen und Plastiken bei Inkontinenz Suspensionsoperationen und Plastiken bei anderer Diagnose
Hüftgelenknahe Frakturen	40.10 40.11 40.12 40.13 40.14 40.15 40.16 40.41 40.42 40.43 40.44 40.45 40.46	Hüftgelenknahe Fraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle Pertrochantäre Fraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle Pertrochantäre Fraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle Pertrochantäre Fraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle Pertrochantäre Fraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle Pertrochantäre Fraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle Pertrochantäre Fraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle
Operationen an der Wirbelsäule und des Rückenmarks	41.11 41.13 41.21 41.22 41.23 41.24 41.31 41.32 41.33 41.41 41.42 41.43 41.50	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark, Anteil Todesfälle Operationen am Rückenmark/Spinalkanal Wirbelsäulen-Versteifung oder Wirbelkörper-Ersatz bei Tumor (inkl. komplexe Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle Wirbelsäulen-Versteifung oder Wirbelkörper-Ersatz bei Trauma (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle Wirbelsäulen-OP bei Diszitis oder Osteomyelitis der Wirbelsäule, Anteil Todesfälle Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle Wirbelsäulen-Versteifung oder Wirbelkörper-Ersatz, 1 WK (ohne Tumor, Trauma, komplexe Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle Wirbelsäulen-Versteifung oder Wirbelkörper-Ersatz, 2 WK (ohne Tumor, Trauma, komplexe Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle Wirbelsäulen-Versteifung oder Wirbelkörper-Ersatz, ab 3 WK (ohne Tumor, Trauma, komplexe Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma, komplexe WS-OP), Anteil Todesfälle Alleinige Dekompression der Wirbelsäule ohne weitere WS-Eingriffe, Anteil Todesfälle Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, komplexe Rekonstruktion, Versteifung, WK-Ersatz, BS-Eingriffe), Anteil Todesfälle Andere OP an der Wirbelsäule oder am Rückenmark, Anteil Todesfälle
Entfernung der Niere	43.20	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen
Mindestmengen	54.50	Leberchirurgie

Modifizierte Indikatoren	Details	
COPD	14.22	Hauptdiagnose Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 n.n.bez.: mit Zielbereich
Geburt	29.31	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter < 35: risikoarme Geburt entfernt
	29.32	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter >= 35: risikoarme Geburt entfernt
Stationär aufgenommene Neugeborene	30.11	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter, Zutransferierungen: Aufnahmeart G ohne Zutransfer aus eigenem KH
Entfernung der Gebärmutter	31.22	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil lap. Operationen: ohne postpartale Hysterektomien
	31.23	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil vaginale Operationen: ohne postpartale Hysterektomien
	31.24	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (o. suprazerv. OP), Anteil abdominale Operationen: ohne postpartale Hysterektomien
Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese	36.10	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle: Explantationen und Wechsel, Änderung Zielbereich
	36.11	Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle: ohne Synovitis, ohne Zielbereich da 36.10 Sentinel
	36.12	Hüft-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle: inkl. Synovitis, ohne Zielbereich da 36.10 Sentinel
	36.21	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis bis 36.27 Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.: inkl. Explantationen, Anpassung Revisionsgründe
Wechsel einer Kniegelenkendoprothese	38.10	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle: Explantationen und Wechsel
	38.11	Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle: ohne Synovitis
	38.12	Knie-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle: inkl. Synovitis
	38.21	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis bis 38.27 Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.: inkl. Explantationen, Anpassung Revisionsgründe
Hüftgelenknahe Frakturen	40.52	Hüftgelenknahe Fraktur mit Prothese oder Osteosynthese, Anteil abnorme Verläufe: zusätzlich Re-Operationen
Operationen an der Wirbelsäule und des Rückenmarks	41.10	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark insgesamt und
	41.12	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle: inkl. Operationen am Rückenmark, ohne Zielbereich
Sentinel	52.20	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Wegtransferierungen: ohne Wegtransferierungen der Mutter nach Geburt
Entfernte Indikatoren	Details	
Pneumonie	13.10	Pneumonie, Anteil Todesfälle bis
	13.15	Pneumonie, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle
Geburt	29.31	Geburten, Anteil Kaiserschnitte bei risikoarmer Geburt

Tabelle 2: Überblick Modifikationen A-IQI Version 2019

### 1.3 Zusatzauswertungen

Neben der Weiterentwicklung der regulären A-IQI Indikatoren in der Version 2019 wurden heuer vier Zusatzauswertungen erarbeitet:

- **Organspende:** Diese Zusatzauswertung dient in einem ersten Schritt lediglich als Information für die Gesundheitsfonds und gibt einen Hinweis auf die potenziellen Organspenderinnen oder Organspender.
- **Augenheilkunde:** Es werden Glaukom-, Katarakt- und Schiel-Operationen betrachtet und vor allem Wiederaufnahmen und Re-Eingriffe analysiert. Informationen zu diesen Eingriffen sind des Weiteren auf [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) abrufbar.
- **Gynäkologie und Geburtshilfe:** Der Fokus dieser Zusatzauswertung liegt auf der Analyse der Versorgung von Neu- bzw. Frühgeborenen („Werden Neugeborene/Frühgeborene in den richtigen Krankenanstalten behandelt?“). Als wesentliche Grundlage für diese Auswertungen dient das in das LKF-System integrierte Aufnahmekennzeichen „G“ für Neugeborene.
- **Endoprothetik:** Es werden vorwiegend Revisionsraten bei Hüft- und Knieendoprothesen dargestellt (innerhalb von 1/2/3 Jahren nach Erstoperation). (Details dazu im Kapitel 6.2)

Da für die Zusatzauswertungen zum überwiegenden Teil jahresübergreifende pseudonymisierte Daten (Patientenkarrieren) herangezogen werden, können sie nicht über das Auswertungsprogramm QDok zur Verfügung gestellt werden. Die Übermittlung erfolgt gesondert.

### 1.4 Peer-Review-Verfahren

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

Überblick Peer-Review-Verfahren 2012-2019	Detail
Anzahl an durchgeführten Peer-Review-Verfahren	168
Summe der analysierten Fälle	>2500
Anzahl an Peer-Review-Schulungen	24
Anzahl aktiver Peers	185
Anzahl an Peer-Review-Follow-Ups	7

Tabelle 3: Überblick Peer-Review-Verfahren

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

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

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

Tabelle 4: Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens (Quelle: Kuhlen et al. 2010, S. 62)

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

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

Die Fallauswahl erfolgt durch das BMASGK in Abstimmung mit dem Gesundheitsfonds nach folgender Methode und standardisierten Kriterien:

- Durchsicht aller möglichen Fälle, bei Bedarf auch weiterer Indikatoren des Themengebietes,



- Fälle mit vermutetem Verbesserungspotential,
- Kriterien für die Auswahl
  - Einbezug des Rückmeldebogens Kodierung
  - Verlauf (Leistungen, Diagnosen, Verlegungen)
  - Vermutete Komplikationen, Re-Eingriffe/Interventionen, Intensivaufenthalte
  - Verweildauer
  - Alter
- Fallmix (Patientengut der Abteilung soll widergespiegelt werden)
- maximal 6 Fälle je Peer.

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

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

Zur Weiterentwicklung des Verfahrens wird Feedback von allen Beteiligten eingeholt.

Die Analyse der Fälle im Peer-Review-Verfahren ist vielfältig und beinhaltet Diagnostik, Therapie, Leitlinien, Arbeitsweise sowie die Dokumentation. Jede Krankengeschichte wird auf Basis der folgenden sieben Analyse Kriterien durchgesehen und einer der drei Kategorien zugewiesen:

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

Die einzelnen Analyse Kriterien finden sich in der folgenden Tabelle.

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

Tabelle 5: Analysekriterien

## 2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018 / Vergleich Deutschland und Schweiz

In diesem Kapitel werden die Qualitätsindikatoren der Version 2019 mit Datenbasis 2016-2018 auf Bundesebene dargestellt. Zum Vergleich werden auch Werte für Deutschland und die Schweiz für die Jahre 2015 (Deutschland) und 2016 (Schweiz) angegeben. In Kapitel 2.2 findet sich zum besseren Verständnis ein Lesebeispiel.

### 2.1 Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung

Die Auswertungen der Qualitätsindikatoren werden auf Basis der aktuellen Version 2019 auf Bundesebene präsentiert. Generell sei angemerkt, dass in den Auswertungen stationäre Aufenthalte (nicht behandelte Patientinnen und Patienten) gezählt werden. Weiters werden nur Ereignisse, die während des betrachteten Aufenthaltes auftreten, ausgewertet.

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

Spalte	Detail
Typ	Indikatortyp: T=Todesfälle, I=Intensivhäufigkeit, K=Komplikationen, M=Mengen, O=Operationstechnik, V=Versorgung, Z=Zusatzinformationen
ZW	Herkunft des Zielwerts: EW=Erwartungswert, BD=Bundesdurchschnitt, SE=Sentinel, BM=Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
Ergebnis in %	Bundesdurchschnitt Österreich des Jahres 2018
Zähler	Anzahl aller Aufenthalte des untersuchten Krankheitsbildes, auf die der dazu festgelegte Indikator zutrifft (z.B. Anzahl Todesfälle)
Nenner	Anzahl aller Aufenthalte des untersuchten Krankheitsbildes
KA Anzahl	Anzahl der KA-Standorte mit mindestens 1 Aufenthalt des untersuchten Krankheitsbildes
KA <10 Fälle	Anzahl der KA-Standorte mit 1-9 Aufenthalten des untersuchten Krankheitsbildes im Nenner
KA auff.	Anzahl der KA-Standorte mit statistisch signifikanter Zielbereichsüberschreitung
bisherige JSP	Bundesweite abgeschlossene Jahres-Schwerpunktthemen, in denen Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurden
A-IQI 2017	gesamt-österreichisches Ergebnis aus 2017
A-IQI 2016	gesamt-österreichisches Ergebnis aus 2016
G-IQI	Bundesdurchschnitt Deutschland des Jahres 2015
CH-IQI	Bundesdurchschnitt Schweiz des Jahres 2016

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 2018 dargestellt. Zusätzlich ist das gesamt-österreichische Ergebnis auch mit Datenbasis 2016 und 2017 dargestellt. In die Berechnung gehen grundsätzlich alle österreichischen Akutkrankenanstalten ein. Für die Qualitätsindikatoren aus

Deutschland steht seit dem letzten A-IQI Bericht keine neue Version zur Verfügung. Aus diesem Grund basieren diese Daten auf dem Jahr 2015, während jene für die Schweiz für das Jahr 2016 vorhanden sind. (G-IQI: Mansky et al. 2017; CH-IQI: BAG 2017). Im Falle der deutschen oder schweizerischen Bundesdurchschnitte bedeuten leere Tabellenspalten, dass hier keine Vergleichswerte verfügbar sind oder aufgrund abweichender Definitionen keine Vergleichbarkeit der Daten gegeben ist. Zudem werden bei Mengeninformatoren generell keine Vergleichswerte angegeben.

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

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

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

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

Details zu allen einzelnen Qualitätsindikatoren sind in der „Indikatorenbeschreibung Version 2019“ nachzulesen. (Türk et al. 2019a)

## 2.2 Lesebeispiel Qualitätsindikator

		A-IQI 2018								
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP
<b>14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
14.10	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<EW	3,5%	586	16.651	137	13	13	
							A-IQI	G-IQI	CH-IQI	
							Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016
<b>14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)</b>		<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>					
14.10	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle			3,4%			2,9%	4,2%		3,5%

Tabelle 7: Lesebeispiel Qualitätsindikator

Der Indikator 14.10 HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle bezieht sich auf Todesfälle (1: Typ=T). Es handelt sich um Fälle mit Hauptdiagnose COPD (chronic obstructive pulmonary disease). Als Zielwert ist ein Erwartungswert (2) hinterlegt. Insgesamt wurden im Jahr 2018 in Österreich 16.651 Fälle (5) an 137 Krankenanstalten-Standorten (6) behandelt.

Von diesen sind 586 (4) innerhalb des Krankenhausaufenthaltes verstorben. Der bundesweit tatsächlich gemessene Istwert betrug im Jahr 2018 3,5% (3: Zähler/Nenner).

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

13 Krankenanstalten (7) verzeichneten weniger als 10 Fälle. 13 Krankenanstalten (8) liegen im Ergebnis in % (3) im statistisch signifikant auffälligen Bereich.

Der bundesweit tatsächlich gemessene Ist-Wert betrug im Jahr 2017 3,4% (10) und im Jahr 2016 2,9% (11). Im Vergleich dazu lag der deutsche Bundesdurchschnitt 2015 bei 4,2% (12) und jener der Schweiz im Jahr 2016 bei 3,5% (13).

## 2.3 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018

Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	A-IQI 2018			bish. JSP 2013	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
						Denner	KA Anzahl	KA <10 Fälle		KA auff.	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016
<b>01 - Herzinfarkt</b>														
01.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	5,1%	879	17.225	128	30	8		5,6%	5,9%	8,5%	5,0%
01.11	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< EW	1,2%	8	656	80	60	2		1,4%	2,2%	2,4%	0,9%
01.12	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< EW	2,0%	126	6.373	105	22	5		2,4%	2,2%	4,0%	1,7%
01.13	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< EW	5,3%	432	8.231	124	31	6		5,8%	6,1%	9,2%	5,2%
01.14	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	< EW	15,9%	313	1.965	116	49	5		16,5%	17,3%	18,4%	14,8%
01.20	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Linksherzkatheter	V		42,2%	7.261	17.225	128	30			43,2%	45,5%	27,9%	
01.21	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK (Erstbehandlung)	V		39,7%	5.237	13.191	125	28			41,6%	44,6%	25,0%	
01.22	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Fälle ohne LHK	V		50,2%	2.024	4.034	104	32			48,3%	48,5%	45,0%	
01.23	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK u./o. ohne Kor.OP.	V		39,6%	5.218	13.191	125	28			41,5%	44,5%		
01.31	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Direktaufnahmen ohne Transfer, Anteil Todesfälle	T		9,3%	800	8.583	119	41			9,9%	10,5%	10,2%	7,2%
01.32	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T		2,0%	79	4.034	104	32			2,6%	2,6%	7,5%	3,4%
01.41	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil n.n.b. akute Infarktformen	V		1,5%	265	17.174	127	29			21,0%	23,4%	1,9%	
01.42	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil transmuraler Herzinfarkt	V		41,9%	7.202	17.174	127	29			30,5%	30,1%	32,8%	1,7%
01.43	Hauptdiagnose transmuraler Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	8,1%	586	7.202	123	37	6		8,2%	7,9%	11,5%	6,3%
01.44	Hauptdiagnose nichttransmuraler Herzinfarkt / NSTEMI (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		2,6%	251	9.707	118	27			2,5%	2,7%	6,2%	3,4%
01.50	Zusatzdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		16,7%	1.084	6.481	142	47			18,2%	17,8%	20,0%	
<b>02 - Herzinsuffizienz</b>														
02.10	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	8,8%	2.162	24.691	142	12	22		9,3%	9,1%	8,5%	8,1%
02.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< EW	5,3%	9	169	56	54	1		3,4%	3,4%	2,6%	2,0%
02.12	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< EW	4,0%	78	1.960	131	66	4		3,1%	3,8%	3,4%	3,7%
02.13	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< EW	6,5%	868	13.428	139	12	15		7,1%	7,2%	7,1%	6,6%
02.14	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	< EW	13,2%	1.207	9.134	137	12	18		14,0%	13,3%	13,5%	11,1%
02.15	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Herzinsuffizienz n.n.bez.	V		50,5%	12.461	24.691	142	12			49,1%	53,6%		
02.20	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	8,0%	565	7.106	129	29	10		9,0%			
02.21	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium I (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	1,7%	7	403	77	68	1		1,5%			
02.22	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium II (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	2,3%	30	1.335	113	75	2		2,3%			
02.23	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium III (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	3,3%	97	2.918	117	41	9		3,3%			
02.24	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium IV (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	18,0%	418	2.317	116	56	6		16,9%			
02.25	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium n.n.bez. (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	9,8%	13	133	15	12			10,1%			
02.31	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium IV	V		32,6%	2.317	7.106	129	29			24,1%		54,3%	56,8%
02.32	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium n.n.bez.	V		1,9%	133	7.106	129	29			37,9%			
<b>03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter</b>														
03.10	Linksherzkatheter mit Koronaragnostik/-intervention insgesamt (Alter > 19)	M				54.528	66	26		2015	53.410	53.803		
03.20	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< EW	2,9%	287	9.787	43	12	2		3,2%	3,9%	5,8%	2,8%
03.21	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< EW	0,7%	3	439	27	9	1		1,0%	2,3%		
03.22	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< EW	1,6%	66	4.176	35	6	4		1,9%	2,1%		
03.23	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< EW	3,7%	168	4.579	40	11	3		3,9%	4,8%		
03.24	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< EW	8,4%	50	593	30	10	2		7,5%	10,3%		
03.30	Diagnostischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< BD	0,6%	179	29.979	54	16	4		0,6%	0,4%	1,1%	1,4%
03.31	Diagn. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		0,5%	130	28.964	54	16			0,4%	0,3%	0,9%	1,3%
03.40	Therapeutischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< BD	1,5%	191	12.809	51	16	4		1,7%	0,8%	1,4%	1,3%

Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016
03.41	Therap. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		1,3%	156	12.427	48	13			1,3%	0,7%	1,1%	1,0%
03.51	Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Anteil diagnostischer Katheter	V		70,1%	29.979	42.788	62	22			70,6%	71,8%	66,3%	59,9%
03.52	Linksherzkatheter bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M				250	19	15			233	304		
<b>04 - Herzrhythmusstörungen</b>														
04.10	Hauptdiagnose Herzrhythmusstörungen	M				38.408	145	20			37.247	37.525		
<b>05 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator</b>														
05.10	Schrittmacherversorgung insgesamt	M				10.298	84	18			10.087	10.559		
05.11	Defibrillatoren ohne Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M				1.553	42	14			1.425	1.479		
05.12	Defibrillatoren mit Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M				823	34	14			774	931		
05.13	Herzschrittmacher Einkammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M				1.964	76	26			1.910	1.968		
05.14	Herzschrittmacher Zweikammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M				5.537	78	14			5.575	5.719		
05.15	Kard. Resynchronisationstherapie u. Kontraktilitätsmodulation (Implantationen / Wechsel)	M				445	33	19			431	479		
<b>06 - Ablative Therapie</b>														
06.10	Kathetergestützte ablativ Therapie	M				3.859	24	2			3.400	3.289		
06.20	Chirurgische ablativ Therapie	M				153	8	4			196	206		
06.30	Komplette elektrophysiologische Abklärungen	M				3.355	24	4			3.267	3.192		
<b>07 - Operationen am Herzen</b>														
07.10	Herzoperationen insgesamt	M				8.259	22	8		2016	8.010	7.668		
07.11	Operationen der Herzklappen	M				4.870	15	1			4.659	4.223		
07.12	Operationen der Koronargefäße	M				3.494	12	3			3.431	3.473		
07.13	Andere Operationen am Herzen	M				1.196	16	6			1.322	1.332		
07.14	Kombinierte Herzoperationen	M				1.254	12	3			1.335	1.293		
07.15	Herzoperationen bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M				562	7	3			566	528		
07.16	Herzoperationen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		4,1%	316	7.697	21	8			4,0%	4,5%		
07.20	Chirurgischer Aortenklappenersatz (Alter > 19)	M				1.943	11	2			1.991	1.869		
07.21	Isolierter chir. Aortenklappenersatz oh. weitere Herzoperation (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< BD	2,0%	19	956	11	2	1		2,1%	1,7%	2,4%	1,2%
07.22	Chirurgischer Aortenklappenersatz mit Mitralklappenersatz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		9,7%	10	103	10	7			13,1%	14,6%	18,8%	
07.23	Chir. Aortenklappenersatz mit anderem Eingriff am Herzen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		4,9%	43	884	11	2			6,4%	6,2%	6,7%	
07.31	Kathetergestützte Implantationen einer Aortenklappe, Anteil Todesfälle	T		3,7%	48	1.297	12	2			3,7%	3,5%	4,3%	2,6%
07.32	Kathetergestützte Implantationen einer Mitralklappe, Anteil Todesfälle	T		2,1%	4	190	11	2			3,1%	0,8%	3,9%	1,6%
07.41	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	7,8%	14	180	9	2	1		5,6%	8,3%	5,9%	4,2%
07.50	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< EW	2,6%	59	2.277	11	2	2		1,8%	2,4%	2,2%	1,6%
07.51	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 20-49, Anteil Todesfälle	T	< EW	0,0%		86	9	5			0,0%	1,3%	1,4%	0,0%
07.52	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 50-59, Anteil Todesfälle	T	< EW	0,9%	4	434	9		1		0,9%	0,5%	0,6%	0,6%
07.53	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T	< EW	2,4%	18	765	11	2			1,3%	2,6%	1,5%	0,8%
07.54	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T	< EW	3,7%	32	864	10	1	2		2,6%	3,1%	2,9%	2,2%
07.55	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe >= 80, Anteil Todesfälle	T	< EW	3,9%	5	128	10	3			4,6%	3,8%	5,2%	5,8%
07.61	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Beatmung > 2 Tage	K		28,4%	647	2.277	11	2			29,6%	28,5%		
07.62	Operationen nur an den Koronargefäßen (Alter > 19), Anteil mit Herzinfarkt	V		7,3%	180	2.457	11	2			6,7%	15,4%		
07.63	OP an den Koronargefäßen mit anderen Herzoperationen (Alter>19), Anteil Todesfälle	T		6,6%	68	1.035	11	2			7,4%	8,2%	9,4%	



Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015
<b>08 - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhaut</b>													
08.10	Hauptdiagnose bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhäute	M			4.495	117	67			6.730	7.323		
08.20	Operationen am Gehirn bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	1,5%	9	617	14	3			2,9%	3,4%		
<b>09 - Schlaganfall</b>									2014				
09.10	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < EW	9,0%	2.329	25.857	147	27	16		8,9%	9,3%	8,6%	8,5%
09.11	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < EW	3,3%	34	1.031	82	48	3		3,8%	3,1%	3,4%	2,9%
09.12	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < EW	4,1%	233	5.693	127	66	4		3,9%	4,5%	4,0%	4,1%
09.13	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < EW	8,1%	1.122	13.933	144	38	10		7,8%	8,1%	8,1%	7,9%
09.14	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < EW	18,1%	940	5.200	136	50	6		18,6%	19,6%	16,4%	15,8%
09.20	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V	51,7%	13.359	25.857	147	27			52,3%	55,1%	43,3%	58,8%
09.21	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19) Direktaufnahmen, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V	47,5%	10.551	22.199	147	35			48,1%	51,3%	36,6%	
09.22	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19) Zutransferierungen, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V	76,8%	2.808	3.658	113	57			78,0%	79,5%	79,5%	
09.30	Stroke Unit, Anteil Nicht-Schlaganfälle auf Stroke Unit	V	19,5%	4.446	22.826	49	8			19,7%	20,5%		
09.40	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < EW	6,5%	1.359	20.887	138	25	13		6,2%	6,6%	6,4%	5,8%
09.41	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < EW	1,4%	9	643	60	32	1		1,4%	0,4%		
09.42	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < EW	1,7%	71	4.214	113	66	3		1,6%	2,1%		
09.43	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < EW	5,5%	639	11.607	133	38	8		5,0%	5,2%		
09.44	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < EW	14,5%	640	4.423	127	54	5		14,9%	15,7%		
09.51	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit systemischer Thrombolysie	V	12,7%	2.645	20.887	138	25			12,6%	11,3%	12,2%	10,7%
09.52	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit systemischer Thrombolysie, Anteil Todesfälle	T	7,2%	190	2.645	54	16			7,3%	8,6%	8,3%	7,9%
09.53	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit intrakranieller Thrombektomie	V	4,0%	844	20.887	138	25			3,1%	2,6%	2,9%	
09.54	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit intrakranieller Thrombektomie, Anteil Todesfälle	T	13,6%	115	844	14	2			10,4%	13,5%	18,1%	
09.55	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Direktaufnahmen, Anteil Todesfälle	T	6,6%	1.199	18.213	138	35			6,4%	6,8%	6,3%	5,8%
09.56	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T	6,0%	160	2.674	102	54			5,0%	5,0%	7,2%	5,6%
09.60	Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	23,8%	789	3.318	130	64			24,4%	24,6%	22,3%	23,5%
09.70	Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	10,8%	171	1.577	117	71			10,8%	12,3%	14,2%	14,8%
09.81	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Schlaganfall n.n.b.	V	0,3%	75	25.857	147	27			0,2%	0,2%	1,5%	4,1%
09.82	Hauptdiagnose Schlaganfall nicht näher bezeichnet (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	13,3%	10	75	11	8			2,3%	2,5%	11,1%	5,2%
<b>10 - Transitorisch ischämische Attacke (TIA)</b>													
10.10	Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA), Anteil Todesfälle	T = SE	0,2%	18	7.655	129	44	11		0,2%	0,2%	0,3%	0,1%
10.20	Hauptdiagnose TIA, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V	62,0%	4.744	7.655	129	44			64,1%	67,4%	40,3%	67,2%
10.30	Hauptdiagnose TIA, Anteil Fälle ohne CT/MR-Untersuchung am Aufnahmetag	V < BD	22,7%	1.737	7.655	129	44	17		22,4%	22,3%		
<b>11 - Epilepsie</b>													
11.10	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter > 19	M			10.323	137	45			10.739	10.848		
11.20	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter < 20	M			4.054	79	40			4.052	3.958		
<b>12 - Multiple Sklerose</b>													
12.10	Hauptdiagnose Multiple Sklerose	M			3.843	110	63			4.176	4.358		

## Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018

		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016	
<b>13 - Lungenentzündung (Pneumonie)</b>								2013					
13.11		Pneumonie ambulant erworben (community-acquired pneumonia), Anteil Todesfälle	T < EW	11,3%	5.857	51.992	153	12	22	11,6%			
13.12		Pneumonie im stat. Aufenthalt erworben (hospital-acquired pneumonia), Anteil Todesfälle	T < EW	17,9%	700	3.902	135	43	8	16,8%			
13.20		Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle	T < EW	10,1%	3.998	39.648	144	9	17	10,1%	9,8%	11,5%	4,5%
13.21		Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe < 20, Anteil Todesfälle	T < EW	0,2%	6	3.008	82	40	3	0,3%	0,4%	0,3%	0,1%
13.22		Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < EW	1,4%	28	2.008	126	48	3	1,4%	1,9%	1,6%	0,3%
13.23		Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < EW	4,6%	265	5.766	135	24	4	4,0%	4,2%	6,3%	1,7%
13.24		Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < EW	9,7%	1.794	18.546	140	8	11	9,7%	9,7%	13,0%	4,4%
13.25		Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T < EW	18,5%	1.905	10.320	137	15	11	17,7%	17,9%	20,8%	9,7%
13.30		HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter > 19, Anteil Todesfälle	T < EW	9,2%	2.808	30.605	142	11	17	9,1%	8,9%	10,0%	4,0%
13.31		HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T < EW	1,0%	18	1.827	126	56	5	1,0%	1,3%	0,8%	0,3%
13.32		HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T < EW	3,0%	143	4.844	131	24	5	2,4%	2,9%	3,3%	0,7%
13.33		HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T < EW	7,8%	1.181	15.156	137	9	14	7,6%	7,7%	9,5%	3,3%
13.34		HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe >=85, Anteil Todesfälle	T < EW	16,7%	1.466	8.778	137	18	9	15,9%	16,0%	18,1%	9,0%
13.40		HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter < 20, Anteil Todesfälle	T	0,1%	3	2.453	82	42		0,3%	0,4%	0,3%	0,1%
13.50		Hauptdiagnose Aspirationspneumonie, Anteil Todesfälle	T	29,9%	736	2.462	125	48		29,5%	29,7%	27,5%	
<b>14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)</b>													
14.10		HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < EW	3,5%	586	16.651	137	13	13	3,4%	2,9%	4,2%	3,5%
14.11		HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=70%, Anteil Todesfälle	T < EW	2,7%	43	1.600	118	70	2	3,8%		1,5%	3,0%
14.12		HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=50% und <70%, Anteil Todesfälle	T < EW	1,5%	45	3.110	126	44	9	0,9%		1,0%	2,1%
14.13		HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=35% und <50%, Anteil Todesfälle	T < EW	2,6%	115	4.487	128	37	5	2,0%		1,9%	3,0%
14.14		HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 <35%, Anteil Todesfälle	T < EW	5,4%	371	6.863	128	34	7	5,2%		5,1%	5,6%
14.15		HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 n.n.bez., Anteil Todesfälle	T < EW	2,0%	12	591	30	15		3,2%		6,3%	3,0%
14.21		HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=70%	V	9,6%	1.600	16.651	137	13		2,6%	0,0%		
14.22		HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 n.n.bez.	V < BD	3,6%	591	16.651	137	13	19	55,1%	0,0%	32,8%	20,9%
<b>15 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)</b>								2017					
15.10		Resektionen von Lunge oder Bronchien, Anteil Todesfälle	T	1,3%	33	2.485	42	25		1,6%	1,7%	3,0%	1,9%
15.21		Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	1,2%	16	1.330	25	9		1,3%	1,5%		
15.22		Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil abnorme Verläufe	K < BD	3,8%	51	1.330	25	9	2	3,8%	3,0%		
15.23		Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Pneumektomien	O < BD	7,0%	93	1.330	25	9		7,8%	7,4%	7,3%	5,8%
15.31		Pneumektomien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	5,4%	5	93	18	15		8,6%	4,0%	10,3%	7,5%
15.32		Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T < BD	0,9%	11	1.235	25	10	1	0,7%	1,3%		
15.33		Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Lobektomien	V	77,3%	955	1.235	25	10		77,2%	77,1%		
15.34		Teilresektionen der Lunge (ohne Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T < BD	0,0%		280	22	11		1,4%	1,0%	2,70%	1,80%
15.35		Lobektomien der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T < BD	1,2%	11	955	20	5	1	0,5%	1,3%		
15.41		Resektionen von Lunge / Bronchien b. sek. bösartiger Neubildung der Lunge, Anteil Todesfälle	T	0,7%	2	298	28	20		0,7%	0,3%		
15.42		Resektionen von Lunge / Bronchien b. entzündlichen Erkrankungen d. Lunge, Anteil Todesfälle	T	3,4%	9	268	26	18		3,8%	5,4%		
15.50		Pleurektomie, Anteil Todesfälle	T	3,6%	17	479	34	24		4,6%	4,8%		
15.51		Pleurektomie bei malignen Erkrankungen, Anteil Todesfälle	T	4,2%	4	96	16	11		13,6%	9,9%	8,1%	4,7%
15.60		Pleuraempyem (ohne Wegtransferierungen), Anteil operative Versorgung	V	37,9%	282	744	95	78		36,4%	37,0%		

Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018

		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016	
<b>16 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen (Cholezystektomie)</b>									2014				
16.10	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil offene Operationen	O < BD	6,6%	1.091	16.487	120	11	16	7,0%	8,1%	6,9%	3,8%	
16.20	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T < BD	0,4%	65	16.487	120	11	5	0,4%	0,6%	0,5%	0,1%	
16.30	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < BD	1,2%	199	16.487	120	11	8	1,2%	1,3%			
16.40	Laparoskopische Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T = SE	0,2%	23	15.396	120	11	18	0,1%	0,2%			
16.50	Lap. Cholezystektomien bei Gallenst. o. Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < BD	1,4%	219	15.396	120	11	14	1,3%	1,8%			
16.60	Lap. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger	K < BD	1,3%	208	15.604	120	11	14	2,0%	2,3%	3,6%		
16.70	Lap. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil ERCP nach OP-Tag	K < BD	1,1%	167	15.396	120	11	8	1,2%	1,3%			
<b>17 - Operationen von Hernien</b>									2015				
17.10	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O	67,6%	19.448	28.771	126	5		68,2%	70,0%			
17.11	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O	50,8%	9.861	19.425	125	5		52,9%	56,1%			
17.12	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O	88,4%	3.228	3.650	121	27		87,3%				
17.20	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T = SE	0,1%	15	28.771	126	5	14	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	
17.21	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T	0,0%	5	19.425	125	5		0,1%	0,1%			
17.22	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T	0,1%	5	3.650	121	27		0,2%				
17.30	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < BD	0,5%	147	28.771	126	5	9	0,6%	0,7%			
17.31	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	0,2%	42	19.425	125	5		0,3%	0,4%			
17.32	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	2,1%	77	3.650	121	27		2,6%				
17.40	Hernien-Operationen ohne Darmoperation bei Kindern	M			964	47	27		954	1.067			
17.50	Hernien-Operationen mit Darmoperation, Anteil Todesfälle	T	6,6%	19	288	80	76		4,9%	4,9%	1,8%	3,9%	
<b>18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)</b>									2017				
18.10	Haupt- / Zusatzdiagnose Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	M			12.424	154	28		13.693	14.327			
18.20	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T < BD	6,3%	548	8.644	120	22	8	6,6%	6,6%	7,8%	4,4%	
18.31	Kolonresektionen bei Karzinom ohne komplizierende Diagnose, Anteil Todesfälle	T < BD	3,3%	81	2.472	106	29	7	3,9%	3,5%	4,7%	2,2%	
18.32	Kolonresektionen b. Karzinom o. kompl. Diagnose, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < BD	9,3%	229	2.472	106	29	5	10,4%	10,6%			
18.33	Kolonresektionen bei Karzinom mit komplizierender Diagnose, Anteil Todesfälle	T	15,6%	51	328	86	82		14,2%	15,1%	13,0%	7,0%	
18.41	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Todesfälle	T < BD	2,3%	23	1.011	90	52	3	2,2%	2,3%	3,9%	2,3%	
18.42	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Rektumexstirpation	O	21,7%	219	1.011	90	52		21,8%	20,8%			
18.51	Kolorektale Res. b. Divertikel o. Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T < BD	0,5%	4	787	95	65	3	0,7%	1,1%	1,0%	0,1%	
18.52	Kolorektale Res. b. Divertikel mit Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T	5,0%	46	915	102	68		4,8%	8,5%	5,5%	3,6%	
18.53	Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Anteil Todesfälle	T	44,3%	100	226	67	63		41,8%	40,3%	44,7%	35,0%	
18.54	Kolorektale Resektionen bei Colitis oder Crohn, Anteil Todesfälle	T	2,0%	8	402	69	59		1,0%	2,0%	3,2%	1,7%	
18.55	Kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T	9,4%	235	2.503	113	44		10,1%	10,0%	8,7%	6,3%	
18.60	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I < BD	1,1%	118	10.685	113	16	9	1,3%	1,5%			
<b>19 - Magenoperationen</b>									2019				
19.10	Hauptdiagnose Ulcus von Magen, Duodenum oder Jejunum (ohne Tumor), Anteil Todesfälle	T	3,3%	132	4.006	133	31		3,4%	2,8%	4,4%	3,9%	
19.20	Magenresektionen insgesamt	M			1.369	100	48		1.327	1.326			
19.21	Magenresektionen ohne Ösophaguseingriff bei Magenkarzinom, Anteil Todesfälle	T	5,8%	39	671	87	58		3,6%	4,1%	7,5%	3,4%	
19.22	Magenresektionen o.Ösophaguseingr.b.Magenkarzinom, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < BD	10,6%	71	671	87	58	3	11,8%	13,2%			
19.23	Magenresektionen kombiniert mit komplexem Eingriff am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T	12,9%	4	31	15	15		11,4%	4,3%	10,0%	3,6%	
19.24	Partielle und totale Magenresektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T	14,8%	99	667	88	65		13,8%	13,9%	8,0%	1,1%	

Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016
19.30	Adipositas-Chirurgie, Anteil Todesfälle	T	= SE	0,1%	3	2.757	41	6	3		0,2%	0,3%	0,2%	
19.31	Adipositas-Chirurgie, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< BD	2,5%	69	2.757	41	6	4		3,1%	3,3%		
<b>20 - Große Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus)</b>														
20.10	Komplexe Eingriffe am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T		4,5%	17	381	40	28			5,0%	3,9%	9,4%	5,3%
<b>21 - Große Operationen der Bauchspeicheldrüse (komplexe Eingriffe am Pankreas)</b>														
21.10	Pankreasresektionen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		6,1%	64	1.054	56	27			7,5%	6,8%	9,9%	5,7%
21.11	Pankreasresektionen bei bösartiger Neubildung des Pankreas (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		5,4%	33	612	47	27			5,9%	4,6%	8,5%	5,7%
<b>22 - Eingriffe an der Schilddrüse</b>														
22.10	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Todesfälle	T	= SE	0,1%	9	7.338	94	22	5		0,0%	0,0%		
22.11	Resektionen der Schilddrüse bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,0%		772	70	45			0,1%	0,0%		
22.12	Resektionen der Schilddrüse bei gutartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,1%	6	6.506	93	25			0,0%	0,0%		
22.20	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Beatmung > 1 Tag	K		1,1%	83	7.338	94	22			1,0%	1,0%		
22.30	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< BD	0,9%	63	7.338	94	22	5		0,9%	0,9%		
22.40	Radiojodtherapien	M				1.181	9	1			1.266	1.299		
<b>23 - Eingriffe an den Tonsillen</b>														
23.10	Tonsillektomien und Tonsillotomien, Anteil Todesfälle	T	= SE	0,0%		10.925	66	2			0,0%	0,0%		
<b>24 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien</b>														
										2016				
24.10	Extrakranielle Gefäß-OP ohne Herz-/Gefäßoperation oder HNO-Tumor, Anteil Todesfälle	T	< BD	0,6%	14	2.409	44	11	3		0,4%	0,7%	0,8%	0,4%
24.20	Perkutane Stentimpl. in extrakr. Gefäße ohne Herz-/Gefäß-OP / HNO-Tumor, Anteil Todesfälle	T	< BD	1,5%	6	395	29	16	1		0,7%	0,7%	1,1%	5,6%
24.30	Extrakranielle Gefäßoperationen bei Herz-/Gefäßoperation oder HNO-Tumor	M				174	19	10			158	138		
24.40	Intrakranielle perkutan-transluminale Gefäßinterventionen	M				1.130	14	1			886	694		
<b>25 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)</b>														
										2016				
25.10	Eingriffe an der Aorta insgesamt	M				2.164	42	17			2.075	2.093		
25.20	Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene und endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< BD	3,7%	47	1.285	34	14	1		2,7%	3,0%		
25.21	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< BD	4,8%	13	273	23	15			4,5%	3,5%	7,4%	3,2%
25.22	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< BD	1,8%	9	512	29	11	1		1,0%	2,5%	1,7%	1,1%
25.23	Thorak. / thorakoabd. Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Eingr., Anteil Todesfälle	T	< BD	4,7%	29	615	19	7	1		3,6%	3,8%		
25.30	Aortendissektion, Anteil Todesfälle	T		13,0%	127	976	109	83			10,8%	12,8%		
25.40	Aortenaneurysma rupturiert, Anteil Todesfälle	T		34,2%	138	403	88	77			27,4%	34,4%	39,5%	39,0%
25.41	Aortenaneurysma rupturiert mit Operation, Anteil Todesfälle	T		29,1%	39	134	24	20			23,2%	29,7%	33,3%	24,5%
<b>26 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien</b>														
										2016				
26.11	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Todesfälle	T	< BD	3,1%	119	3.836	59	14	5		3,0%	3,1%	6,0%	3,7%
26.12	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil mit Amputation untere Extremität	V		3,0%	113	3.836	59	14			3,2%	3,0%		

Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP 2016	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016
<b>27 - Amputationen</b>														
27.10	Amputationen im Fußbereich, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T		1,9%	50	2.649	123	56		2016	2,8%	4,6%	3,6%	2,9%
27.21	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T	< BD	13,7%	217	1.581	102	55	4		14,1%	14,4%	17,3%	12,3%
27.22	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil mit Becken-Bein-OP oder PTA	V		18,5%	293	1.581	102	55			16,6%	17,6%		
<b>28 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA, stationär)</b>														
28.10	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil Todesfälle	T	< BD	1,3%	168	12.845	73	16	7		1,3%	1,2%		
28.11	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil mit Becken-Bein-OP	V		6,6%	842	12.845	73	16			6,2%	6,5%		
28.12	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA u. Stent, o. Aorta), Anteil m. Amputation unt. Extremität	V		1,7%	221	12.845	73	16			1,6%	1,6%		
<b>29 - Geburten</b>														
29.10	Geburten, Anteil Todesfälle der Mutter	T	= SE	0,0%	4	84.340	82	2	4		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
29.20	Vaginale Geburten, Anteil Dammriss 3. und 4. Grades	K		2,0%	1.203	59.536	80				2,0%	1,9%	2,0%	3,0%
29.30	Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectiorate)	O		29,4%	24.807	84.340	82	2			29,7%	29,6%	31,4%	32,9%
29.31	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter < 35	O		27,1%	17.632	65.029	82	2			27,5%	27,4%		
29.32	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter >= 35	O		37,2%	7.175	19.311	80				37,5%	37,8%		
<b>30 - Stationär aufgenommene Neugeborene</b>														
30.10	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter	M				5.547	53	7			5.875	5.698		
30.11	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter, Zutransferierungen	M				641	31	14			519	465		
30.12	Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht oder extremer Unreife	M				579	34	21			601	570		
<b>31 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)</b>														
31.10	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil Todesfälle	T	= SE	0,0%	2	7.421	98	11	2	2015	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
31.21	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil abdominale Operationen	O	< BD	15,9%	1.168	7.369	98	11	18		15,9%	15,7%		
31.22	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil laparoskopische Operationen	O		35,5%	2.619	7.369	98	11			32,0%	37,2%		
31.23	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil vaginale Operationen	O		48,6%	3.582	7.369	98	11			52,1%	47,1%		
31.24	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (o. suprazerv. OP), Anteil abdominale Operationen	O	< BD	17,7%	1.168	6.586	98	13	22		17,7%	17,2%		
31.25	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne Plastik), Anteil abdominale Operationen	O	< BD	23,4%	1.191	5.081	97	14	22		23,6%	23,7%	14,2%	17,4%
<b>32 - Entfernung von Ovarien und/oder Gebärmutter bei bösartiger Neubildung</b>														
32.10	Ovariectomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		2,0%	12	589	71	53			1,7%	1,5%	2,9%	1,2%
32.20	Hysterektomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,4%	5	1.390	88	39			0,3%	0,3%	0,7%	0,6%
<b>33 - Eingriffe an der Brust</b>														
33.10	Eingriffe an der Brust (Mammaresektionen und -plastiken)	M				14.697	111	25			14.572	14.618		
33.11	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil nicht-brusterhaltend	O		25,1%	1.918	7.643	88	16			25,9%	25,1%	29,6%	20,7%
<b>34 - Eingriffe am Beckenboden</b>														
34.10	Suspensionsoperationen und Plastiken im Bereich des Beckenbodens insgesamt	M				4.040	96	10			3.858	3.932		
34.11	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Genitalprolaps	M				3.799	96	10			3.644	3.660		
34.12	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Inkontinenz	M				159	33	27			137	199		
34.13	Suspensionsoperationen und Plastiken bei anderer Diagnose	M				82	29	27			77	73		

## Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018

		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016	
<b>35 - Hüftgelenkersatz</b>													
35.10	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Todesfälle	T = SE	0,1%	12	17.861	108	9	12		0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
35.20	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Schenkelhals- u. pertroch. Fraktur, Anteil Todesfälle	T	3,0%	136	4.573	101	26			3,4%	4,2%	5,9%	4,0%
35.30	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T	4,8%	54	1.134	101	55			4,9%	2,2%	4,9%	3,4%
35.40	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil abnorme Verläufe	K < BD	0,8%	148	17.861	108	9	10		0,7%	1,1%		
<b>36 - Wechsel einer Hüftgelenkendooprothese</b>													
								2015					
36.10	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T = SE	2,4%	65	2.727	101	29	37		2,5%	2,3%		
36.11	Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T	0,6%	8	1.370	96	52			0,6%	0,6%	1,0%	0,9%
36.12	Hüft-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T	3,1%	25	803	85	59			3,5%	3,9%	3,9%	1,4%
36.21	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V	23,4%	637	2.727	101	29			20,6%	19,1%		
36.22	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V	9,4%	257	2.727	101	29			8,5%	8,1%		
36.23	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Bruch	V	2,8%	75	2.727	101	29			3,4%	4,4%		
36.24	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Lockerung	V	31,1%	849	2.727	101	29			33,8%	34,4%		
36.25	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Periprothetische Fraktur	V	15,3%	416	2.727	101	29			15,5%	13,8%		
36.26	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Materialabrieb	V	8,7%	238	2.727	101	29			10,3%	11,7%		
36.27	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V	2,9%	78	2.727	101	29			2,4%	3,4%		
<b>37 - Kniegelenkersatz</b>													
37.10	Knie-Endoprothesen-Erstimpl. b. Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle	T = SE	0,0%	6	19.705	103	6	6		0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
37.20	Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T = SE	0,4%	3	859	95	66	2		0,2%	0,0%	0,4%	0,1%
<b>38 - Wechsel einer Kniegelenkendooprothese</b>													
38.10	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T = SE	1,1%	24	2.143	100	42	18		0,9%	0,5%		
38.11	Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T	0,2%	2	1.159	86	51			0,2%	0,3%	0,2%	0,4%
38.12	Knie-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T	2,1%	12	567	82	68			2,3%	1,3%	1,2%	1,2%
38.21	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V	28,9%	619	2.143	100	42			26,0%	4,8%		
38.22	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V	5,8%	125	2.143	100	42			5,6%	0,2%		
38.23	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Bruch	V	2,6%	56	2.143	100	42			2,4%	0,0%		
38.24	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Lockerung	V	25,9%	554	2.143	100	42			30,1%	1,5%		
38.25	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Materialabrieb	V	6,2%	132	2.143	100	42			5,8%	1,1%		
38.26	Knie-Endoprothesen-Revisionen insg., Anteil Revisionsgrund Schmerzen unkl. Genese	V	5,1%	110	2.143	100	42			4,3%	0,0%		
38.27	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V	7,3%	156	2.143	100	42			5,8%	1,4%		
<b>39 - Hüft- oder Kniegelenkersatz Spezialfälle</b>													
39.10	Hüft- oder Knie-Endoprothese bei Tumor, Anteil Todesfälle	T	5,8%	30	517	82	67			5,5%	5,2%	6,6%	4,9%
39.20	Hüft- und Knie-Endoprothese kombiniert, Anteil Todesfälle	T	0,0%		22	12	12			0,0%	8,0%	5,7%	0,0%

## Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018

		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016
<b>40 - Hüftgelenknahe Frakturen</b>								2013/2018				
40.10	Hüftgelenknahe Fraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < EW	3,5%	527	15.015	148	44	7	3,5%	4,3%		
40.11	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < EW	0,7%	8	1.199	100	58	6	0,6%	0,9%		
40.12	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < EW	1,0%	15	1.537	111	56	3	1,3%	2,2%		
40.13	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < EW	2,3%	86	3.817	131	49	3	1,9%	3,0%		
40.14	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < EW	3,0%	76	2.504	118	46	6	3,6%	3,9%		
40.15	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < EW	3,9%	123	3.193	120	43	7	4,4%	5,9%		
40.16	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < EW	7,9%	219	2.765	120	52	4	7,3%	7,1%		
40.20	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < EW	3,2%	253	7.904	143	45	5	3,4%	4,3%	5,5%	3,8%
40.21	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < EW	0,6%	5	786	95	66	3	0,5%	0,6%	0,6%	0,2%
40.22	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < EW	0,5%	4	894	106	69	2	0,7%	2,2%	1,6%	1,5%
40.23	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < EW	1,9%	41	2.212	126	61	2	1,8%	3,2%	3,4%	2,1%
40.24	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < EW	3,0%	40	1.329	113	58	4	3,7%	4,1%	5,2%	2,5%
40.25	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < EW	4,0%	59	1.466	115	60	2	4,4%	6,3%	8,0%	4,6%
40.26	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < EW	8,6%	104	1.217	115	69	4	8,8%	7,9%	11,1%	9,3%
40.31	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Totalendoprothese	V	14,5%	1.143	7.904	143	45		14,6%	12,4%		
40.32	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Teilendoprothese	V	48,2%	3.807	7.904	143	45		47,5%	43,6%		
40.33	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Osteosynthese	V	21,7%	1.714	7.904	143	45		22,1%	21,2%		
40.40	Petrochantäre Fraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T < EW	3,9%	274	7.111	128	41	5	3,7%	4,3%	5,3%	4,3%
40.41	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T < EW	0,7%	3	413	72	56		0,7%	1,6%		
40.42	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T < EW	1,7%	11	643	87	60	1	2,3%	2,3%		
40.43	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T < EW	2,8%	45	1.605	111	53	5	1,9%	2,8%		
40.44	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T < EW	3,1%	36	1.175	99	47	2	3,5%	3,8%		
40.45	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T < EW	3,7%	64	1.727	106	43	6	4,4%	5,5%		
40.46	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T < EW	7,4%	115	1.548	109	50	2	6,3%	6,6%		
40.51	Hüftgelenknahe Fraktur m. Prothese / Osteosynthese, Anteil präop. VWD >= 2 Tage	V < BD	23,4%	2.939	12.543	107	24	13	23,7%	24,6%		
40.52	Hüftgelenknahe Fraktur m. Prothese oder Osteosynthese, Anteil abnorme Verläufe	K < BD	4,3%	538	12.543	107	24	10	4,4%	5,4%		
<b>41 - Operationen der Wirbelsäule und des Rückenmarks</b>												
41.10	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark insgesamt	M			20.750	89	19		20.310	21.686		
41.11	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark, Anteil Todesfälle	T = SE	0,4%	83	20.750	89	19	33	0,3%	0,4%		
41.12	Operationen an der Wirbelsäule und am RM (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T	0,1%	18	17.801	72	19		0,1%	0,1%		
41.13	Operationen am Rückenmark/Spinalkanal	M			761	40	25		788	763		
41.21	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Tumor (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle	T	5,2%	9	172	33	27		6,4%	5,0%		
41.22	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Trauma (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle	T	2,3%	40	1.771	59	20		1,7%	2,0%		
41.23	Wirbelsäulen-OP bei Diszitis oder Osteomyelitis der Wirbelsäule, Anteil Todesfälle	T	2,2%	3	138	26	22		3,3%	5,0%		
41.24	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T	0,8%	3	397	35	25		0,7%	0,2%		
41.31	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 1 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T	0,1%	2	3.624	53	10		0,0%	0,1%		
41.32	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 2 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T	0,1%	1	874	35	15		0,1%	0,2%		
41.33	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, ab 3 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T	0,3%	1	390	29	18		0,3%	0,6%		
41.41	Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T	0,0%		1.352	32	22		0,0%	0,0%		
41.42	Alleinige Dekompression der Wirbelsäule ohne weitere WS-Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	0,1%	7	10.209	56	8		0,1%	0,1%		
41.43	Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, kompl. WS-OP), Anteil Todesfälle	T	0,2%	2	1.118	69	35		0,4%	0,2%		
41.50	Andere OP an der Wirbelsäule oder am Rückenmark, Anteil Todesfälle	T	1,6%	17	1.100	63	40		1,2%	0,6%		

Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015
<b>42 - Schwere Mehrfachverletzungen</b>													
42.10	Schwere Mehrfachverletzungen	M				2.044	109	63		1.936	1.781		
<b>43 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)</b>									2016				
43.10	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T	< BD	0,7%	5	684	46	16	3	1,5%	0,8%	2,1%	
43.20	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O		38,6%	264	684	46	16		42,1%	40,1%		
43.30	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T	= SE	0,1%	1	903	47	18	1	0,4%	0,5%	0,5%	
43.40	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O		43,7%	395	903	47	18		48,1%	46,4%	75,7%	
43.50	Nephrektomien u. part. Nephrektomien b. bösart. Neub. d. Niere, Anteil totale Nephrektomien	O		43,1%	684	1.587	49	13		46,7%	44,7%	62,0%	55,1%
43.60	Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		3,1%	18	588	53	30		3,3%	2,5%	4,3%	
43.70	Partielle Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		0,5%	1	210	37	29		0,5%	0,0%	0,8%	
43.80	Nephrektomien und partielle Nephrektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< BD	5,2%	124	2.385	59	22	2	5,7%	5,9%		
<b>44 - Eingriffe an der Harnblase</b>									2016				
44.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil Todesfälle	T	< BD	0,6%	49	8.646	62	6	2	0,4%	0,4%		
44.11	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase bei Malignom	M				7.723	62	6		7.627	7.627		
44.12	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil abnorme Verläufe	K	< BD	1,1%	97	8.646	62	6	2	0,9%	0,8%		
44.20	Zystektomien, Anteil Todesfälle	T	< BD	3,1%	16	518	41	17	2	2,8%	2,5%	4,9%	3,4%
44.30	Zystektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< BD	13,1%	68	518	41	17	1	16,5%	16,4%		
<b>45 - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)</b>									2016				
45.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil Todesfälle	T	= SE	0,2%	13	7.030	61	6	12	0,3%	0,2%		0,2%
45.20	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei bösartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T		0,8%	9	1.148	56	20		0,7%	0,6%	1,0%	
45.30	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei gutartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T		0,1%	4	5.882	59	5		0,2%	0,1%	0,2%	
45.40	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil abnorme Verläufe	K	< BD	0,2%	16	7.030	61	6	4	0,4%	0,3%		
<b>46 - Radikalentfernung der Prostata</b>									2016				
46.10	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil Todesfälle	T	= SE	0,0%		3.165	49	6		0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
46.20	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil offene Operationen	O		39,1%	1.236	3.165	49	6		46,1%	47,9%		
46.30	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< BD	1,4%	43	3.165	49	6	1	1,1%	1,3%		
<b>47 - Nierensteine</b>									2016				
47.10	Hauptdiagnose Nierensteine	M				20.923	128	33		20.442	20.100		
47.20	Hauptdiagnose Nierensteine, Anteil Interventionen zur Steinentfernung	V		46,8%	9.792	20.923	128	33		47,9%	49,7%	52,3%	48,9%
<b>48 - Hautkrankheiten</b>									2016				
48.10	Hauptdiagnose Dermatitis und Ekzem	M				2.417	133	99		3.846	3.616		
48.20	Hauptdiagnose Psoriasis	M				717	94	74		1.186	1.198		



## Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018

		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP 2017	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016
<b>49 - Intensivbetreuung und Beatmung</b>														
49.11	Intensivaufenthalte (Alter > 14, SAPS 3 <= 36), Anteil Todesfälle	T	<BD	0,4%	65	15.099	110	14	8		0,5%	0,5%		
49.12	Intensivaufenthalte (Alter > 14, 36 < SAPS 3 <= 45), Anteil Todesfälle	T	<BD	2,4%	396	16.592	112	10	13		2,4%	2,5%		
49.13	Intensivaufenthalte (Alter > 14, 45 < SAPS 3 <= 55), Anteil Todesfälle	T	<BD	7,6%	1.161	15.384	115	13	10		7,6%	7,9%		
49.14	Intensivaufenthalte (Alter > 14, SAPS 3 > 55), Anteil Todesfälle	T	<BD	33,5%	6.242	18.638	112	13	17		33,2%	33,1%		
49.21	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, SAPS 3 <= 44), Anteil Todesfälle	T	<BD	5,0%	199	4.000	107	48	6		4,8%	5,3%		
49.22	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, 44 < SAPS 3 <= 55), Anteil Todesfälle	T	<BD	13,3%	581	4.354	111	31	9		12,5%	13,7%		
49.23	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, 55 < SAPS 3 <= 67), Anteil Todesfälle	T	<BD	26,3%	1.152	4.377	106	21	8		24,5%	25,2%		
49.24	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, SAPS 3 > 67), Anteil Todesfälle	T	<BD	45,3%	1.969	4.343	104	28	5		44,3%	45,5%		
49.31	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Wiederaufnahmen auf Intensivseinheiten	K	<BD	5,5%	3.638	65.713	116	7	12		5,6%	5,6%		
49.32	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Todesfall nach Aufhalten auf Intensivseinheiten	T	<BD	2,7%	1.797	65.713	116	7	20		2,8%	2,8%		
49.33	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Wegtransferierungen	V		8,5%	5.569	65.713	116	7			8,4%	8,3%		
<b>50 - Transplantationen</b>														
50.10	Herz-Lungen-Transplantationen	M												
50.20	Herztransplantationen	M				67	3	1			58	61		
50.30	Lungentransplantationen	M				107	2				124	103		
50.40	Lebertransplantationen	M				170	3				158	151		
50.50	Pankreastransplantationen	M				19	3	2			22	26		
50.60	Nierentransplantationen	M				411	5	1			436	425		
50.70	Stammzelltransplantationen autolog	M				358	12	3			323	337		
50.80	Stammzelltransplantationen allogene	M				239	5				223	200		
<b>51 - Kurze Intensivverweildauer</b>														
51.10	Lap. Cholezystektomien bei Gallenst. o. Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,9%	296	15.396	120	11			1,9%	2,1%		
51.20	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,2%	335	28.771	126	5			1,1%	1,3%		
51.30	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,2%	125	10.685	113	16			1,2%	1,5%		
51.40	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		2,5%	184	7.338	94	22			2,4%	2,5%		
<b>52 - Sentinel</b>														
52.10	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Todesfälle	T	<BD	0,1%	281	239.746	156	9	15		0,1%	0,1%		
52.20	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Wegtransferierungen	V	<BD	0,3%	221	83.640	131	7	13		0,3%	0,3%		

Qualitätsindikatoren-Ergebnisse 2018		A-IQI 2018							A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	bish. JSP	Ö 2017	Ö 2016	D 2015	CH 2016
<b>53 - Wegtransferierungsraten</b>														
53.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		37,7%	6.156	16.346	128	30			38,0%	37,4%	19,1%	
53.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		3,7%	835	22.529	140	10			4,1%	4,1%	5,1%	
53.12	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Wegtransferierungen	V		35,4%	3.364	9.500	43	12			35,7%	33,5%	13,5%	
53.13	Diagnostischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		5,7%	1.704	29.800	54	16			5,8%	6,7%	5,2%	
53.14	Isolierter chirurgischer Aortenklappenersatz ohne weitere Herzoperation, Anteil Wegtransferierungen	V		20,6%	193	937	11	2			21,3%	21,0%	23,2%	
53.15	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		28,3%	47	166	9	3			35,1%	20,2%	36,4%	
53.16	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		22,7%	503	2.218	11	2			22,7%	25,7%	26,0%	
53.17	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		22,4%	5.273	23.528	147	28			21,4%	21,8%	14,9%	
53.18	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		19,8%	3.861	19.528	137	29			18,9%	18,6%	12,1%	
53.19	Hauptdiagnose Pneumonie o. Zutransfer/Tumor/Mukovisz., Alter > 19, Anteil Wegtransferierungen	V		3,6%	1.011	27.797	142	11			3,3%	3,7%	4,5%	
53.20	HD Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, o. Tumor, Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		4,1%	659	16.065	137	13			3,4%	3,4%	4,3%	
53.21	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Wegtransferierungen	V		4,7%	383	8.096	119	21			4,4%	4,1%	3,8%	
53.22	Abdominales Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Ingr., Anteil Wegtransferierungen	V		4,7%	36	763	32	13			4,7%	5,2%	3,0%	
53.23	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Wegtransferierungen	V		6,1%	227	3.717	59	14			5,4%	5,2%	4,5%	
53.24	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Wegtransferierungen	V		5,3%	949	17.849	108	9			5,4%	5,9%	1,4%	
<b>54 - Mindestmengen</b>														
54.10	Ösophaguschirurgie	M	> BM			244	25	13	13		247	217		
54.20	Eingriffe am Pankreas	M	> BM			1.001	50	23	23		985	942		
54.30	Adipositas-Chirurgie	M	> BM			2.722	41	6	11		3.036	2.951		
54.40	Carotis - Thrombendarterektomie	M	> BM			2.487	44	10	14		2.552	2.458		
54.50	Leberchirurgie	M	> BM			738	49	28	28		245	253		

### 3 Peer-Review-Ergebnisse 2019

Von März bis Mai 2019 fanden 7 Peer-Review-Verfahren zum Jahresschwerpunkt Adipositas-Chirurgie statt. Zusätzlich wurden 3 schwerpunktunabhängige Verfahren zu Cholezystektomie/Hernie, Herzinfarkt und Herzchirurgie durchgeführt.

#### 3.1 Peer-Review-Ergebnisse Adipositas-Chirurgie

Alle Verbesserungsmöglichkeiten aus den 7 Peer-Review-Verfahren sind in der folgenden Tabelle zu finden. Kurz zusammengefasst:

- Analysierte Fälle: 114
- Verbesserungspotential: in 28% der 114 Fälle
- Übereinstimmung zw. Selbst- und Fremdbewertung: in 73% der Fälle.

Struktur/Personal
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementierung einer interdisziplinären Nachsorgeambulanz mit Bereitstellung von FÄ für Innere Medizin</li> <li>▪ Aufstockung der ICU-Betten aufgrund häufiger Engpässe</li> <li>▪ Verortung von chirurgischer Station, CT und Intensivstation aufgrund von sehr weiten Wegstrecken die mittels Rettungsauto zurückgelegt werden müssen</li> <li>▪ Ausstattung für elektronischen ärztlichen Dekurs zur Verfügung stellen</li> <li>▪ PDMS an Anästhesie/Intensiv einführen</li> <li>▪ Elektronische Fieberkurve einführen</li> </ul>
Prozesse, interdisziplinäre Zusammenarbeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementierung eines interdisziplinären Boards (z.B. Indikationsstellung)</li> <li>▪ Lange Liegezeiten prä- und postoperativ: Implementierung einer integrierten Patientinnen- und Patientenbetreuung und Verlagerung von Teilen der präoperativen Abklärung und postoperativen und ambulanten Betreuung in den niedergelassenen Bereich oder in nachgeordnete Krankenhäuser. Zusätzlich wird die Entwicklung und Implementierung standardisierter Diagnose- und Behandlungspfade empfohlen.</li> <li>▪ Optimierbares präoperatives und postoperatives Management durch strukturierte Befundevaluierung (z.B. präoperative Visite, Personaldichte überdenken)</li> </ul>
Leitlinien, SOPs, Qualitätsstandards, Klinische Pfade
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intraoperatives neuromuskuläres Monitoring durchführen</li> <li>▪ Definition der Transfusionsindikationen</li> <li>▪ Analyse der postoperativ deutlich erhöhten Transaminasen und cholestatischen Enzyme</li> <li>▪ Kontrolle der Nierenfunktion (Kreatinin) vor einem Kontrastmittel-CT</li> <li>▪ Vermehrt Obduktionen durchführen</li> <li>▪ Standards im Umgang mit Komplikationen (Pflege, Medizin) im Sinne des CIRS-Gedanken erarbeiten (Dokumentation, Vermeidungsstrategien, Audits)</li> </ul>

Dokumentation
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entscheidungsprozesse in Diagnostik und Therapie nachvollziehbar dokumentieren</li> <li>▪ Dekursdokumentation verbessern (Ausführung durch Stationsärztinnen und -ärzte, technische Unterstützung durch Diktierprogramm oder elektronische Fieberkurve, Zusatzblätter)</li> <li>▪ Fieberkurve lesbar und Einträge nachvollziehbar gestalten (Forcierung des Projekts elektronische Fieberkurve)</li> <li>▪ Dokumentation zwischen den Abteilungen abstimmen</li> <li>▪ Dekurs zwischen Pflege und Medizin abstimmen (bspw. Textbausteine)</li> <li>▪ Dokumentation der Visiten optimieren (Unterschriften, Zeiten)</li> <li>▪ Dokumentation an Anästhesie und Intensiv verbessern, Digitalisierung der Dokumentation, PDMS einführen Korrektes und vollständiges Ausfüllen der Aufklärungsbögen</li> <li>▪ Vollständiges Ausfüllen der OP-Sicherheits-Checkliste, Vereinfachung der Ausfüll-Organisation (speziell Unterschrift der Teammitglieder)</li> <li>▪ Individualisierung der OP-Berichte, Verwendung von Textbausteinen reduzieren</li> <li>▪ Ärztliches Vidieren der Codierung im Rahmen der Erstellung des Arztbriefes (kein Einsatz eines Codierungs-Optimierungsprogramms)</li> <li>▪ Dokumentation der Registereingaben verbessern</li> </ul>

Tabelle 8: Verbesserungsmöglichkeiten Adipositas-Chirurgie

Im Anschluss werden die Feedbackergebnisse der Krankenanstalten und der Peer-Review-Teams dargestellt.

### 3.2 Feedbackergebnisse

In A-IQI gibt es jeweils einen standardisierten Fragenbogen für die Krankenhäuser und einen anderen für die Peer-Review-Teams. Diese dienen nicht nur der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verfahrens, sondern können ebenso Anstoß zur Weiterentwicklung von Indikatoren sein. Die dargestellten Feedbackergebnisse beziehen sich auf alle 7 durchgeführten Peer-Review-Verfahren.

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

**2. Durchführung des Kollegialen Dialogs/Abschlussgesprächs**

War das Abschlussgespräch sachlich und korrekt?

JA      NEIN

Wurden alle Fälle angesprochen?

JA      NEIN

Waren aus Ihrer Sicht ausschl. anerkannte med. Konzepte Grundlage der Beurteilung?

JA      NEIN

War für das Gespräch ausreichend Zeit eingeplant?

JA      NEIN

Hatten sich aus Ihrer Sicht die Peers umfassend und intensiv mit den Fällen beschäftigt?

JA      NEIN

Abbildung 2: Ausschnitt Feedbackfragebogen Krankenhaus, Kategorie 2 (Quelle: BMASGK)

Die Rücklaufquote bei den 7 Verfahren zum Jahresschwerpunkt Adipositas-Chirurgie betrug 100% (7 von 7, Vorjahr 84%). 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 2,1.

Inhaltlich wesentliche Fragen wurden wie folgt bewertet:

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

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

**3) Akzeptanz des Verfahrens**

- Wie schätzen Sie die Akzeptanz (von 1-5) des besuchten Krankenhauses in Bezug auf das Peer-Review-Verfahren allgemein ein? (1=sehr hoch, 5=keine) **2**

**4) Ergebnis**

- Wie hat das Peer-Review-Team zusammengearbeitet? **sehr gut und kollegial**
- Wie ist das Peer-Review-Verfahren aus Ihrer Sicht (von 1-5) gelungen? (1=alles optimal gelaufen, 5=es ist nicht gut gelungen) **1**

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

---

Abbildung 3: Ausschnitt Feedbackfragebogen Teamleitung (Quelle: BMASGK)

Die Rücklaufquote bei den 7 Verfahren zum Jahresschwerpunkt Adipositas-Chirurgie betrug 100% (Vorjahr 100%). Die 2 zentralen Fragen wurden durchgehend mit Bestnoten bewertet:

- Wie schätzen Sie die Akzeptanz des besuchten Krankenhauses in Bezug auf das Peer-Review-Verfahren allgemein ein (1=sehr hoch, 5=keine)? **1,0** (Vorjahr 1,2)
- Wie ist das Peer-Review-Verfahren aus Ihrer Sicht gelungen (1=alles optimal gelaufen, 5=es ist nicht gelungen)? **1,0** (Vorjahr 1,2)

### 3.3 Änderungen organisatorisch

Jährlich werden in der A-IQI Steuerungsgruppe nach Abschluss aller geplanten Peer-Review-Verfahren unter Einbezug der Feedbackergebnisse etwaig notwendige Adaptierungen im Prozess diskutiert und Änderungen festgelegt.

Für die bevorstehenden Verfahren ab Herbst 2019 werden folgende Änderungen vorgenommen:

- Verlängerung der Vorbereitungszeit für das Krankenhaus (Versand der Falllisten) von bisher 4 auf mind. 6 Wochen vor dem Peer-Review-Termin,
- Vereinfachung der Bewertungskategorien auf 1/2/3 (bisher 1a/1b, 2a/2b, 3),
- Verbesserung der Kommunikation zwischen BMASGK und Peer-Review-Team bei schwerpunktunabhängigen Verfahren,
- Einleitung von Verbesserungen bzgl. nicht angesprochener Fälle im kollegialen Dialog (Peer-Schulung, Anpassung im Feedbackbogen).

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

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

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

### 4.1 Hüftgelenknahe Frakturen

In den 16 Peer-Review-Verfahren 2013 stellte sich heraus, dass die Mehrzahl der betroffenen Fälle mit verlängerter präoperativer Verweildauer oral antikoagulierte Patientinnen und Patienten waren. Die neuen direkten oralen Antikoagulantien erhielten bereits etwa 20% der Patientinnen und Patienten. Es bestand jedoch noch Unsicherheit im Umgang mit diesen.

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

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

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

In den Ergänzungen finden sich jeweils allgemeine Prozessbeschreibungen wie bspw. Zeitpunkt der Operation, Blutungsrisiko, Hinweise zur Verabreichung oder interdisziplinäre Managemententscheidungen. Die beiden Ergänzungen sind auch in der zugehörigen APP verfügbar.

In den 21 Peer-Review-Verfahren 2018 wurden folgende bundesweite Maßnahmen erarbeitet:

- **Klinischer Pfad** „Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten“: Update des vorliegenden klinischen Pfades durch das BMASGK unter Einbezug der Fachgesellschaften sowie Erhöhung des Bekanntheitsgrads (inkl. APP) durch das BMASGK und die Fonds. Die Überarbeitung des klinischen Pfades ist derzeit in Bearbeitung.
- **Traumatologie des Alters** (Perioperatives Management und Interdisziplinarität, Optimierung der postoperativen Strukturen für diese Patientinnen und Patienten z.B. abgestufte Versorgung ICU/IMCU, medikamentöse Interaktionen, Transfusionsschwelle): Seitens des BMASGK erfolgt eine inhaltliche Darstellung der Thematik (Was ist wichtig in der Betreuung von geriatrischen Patientinnen und Patienten?). Davon ausgehend sind fondsintern entsprechende Maßnahmen zu setzen. Die inhaltliche Darstellung erfolgt u.a. derzeit im Zuge des Pfad-Updates.
- **Patient Blood Management**: Forcierung der Umsetzung (z.B. Darstellung durch LKF Daten) und Erhöhung des Bekanntheitsgrads des Qualitätsstandards durch das BMASGK und die Fonds.

## 4.2 Schlaganfall

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

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

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



Der Qualitätsstandard IV Schlaganfall umfasst sämtliche Versorgungsphasen – Notfallmanagement, Versorgung im Krankenhaus, Rehabilitation und ambulante Nachbetreuung, Weiterbetreuung und Sekundärprävention – und fokussiert auf das Optimieren der Schlaganfallversorgung unter den Prämissen Patientenorientierung, sektorenübergreifende Kontinuität und Anwenden der nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft geeigneten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen. Im Zentrum der Integrierten Versorgung Schlaganfall steht der Nutzen für Patientinnen und Patienten. (vgl. BMASGK 2018)

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

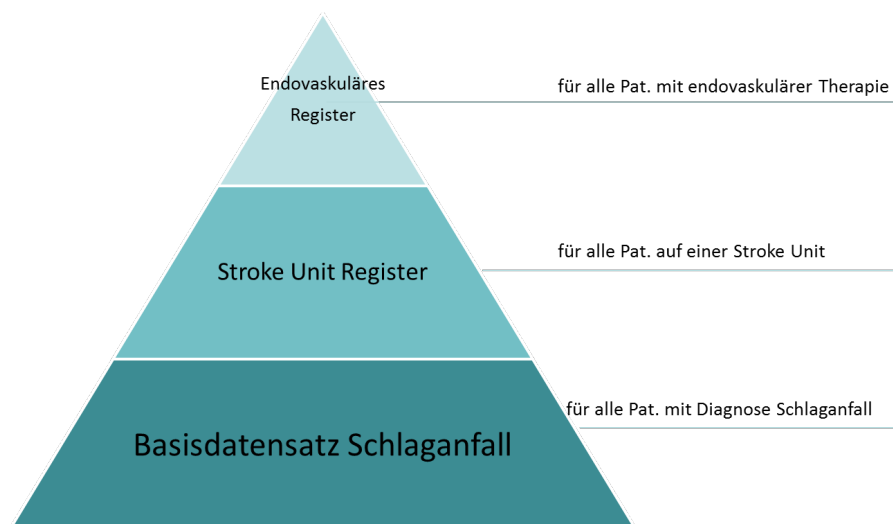


Abbildung 4: 3-stufige Schlaganfalldokumentation (Quelle: BMASGK 2018)

Zusätzlich sind für den Basisdatensatz in der LKF folgende Parameter zu dokumentieren:

- Akuter Schlaganfall ja/nein und
- Modified Rankin Scale-Score vor dem Insult, bei Aufnahme, bei Entlassung.

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

Der Schlaganfall ist einer der **Jahresschwerpunkte 2020** in A-IQI. In die Auswahl der Peer-Review-Verfahren (2021) werden erstmals auch die Registerergebnisse und Daten aus dem Basisdatensatz einbezogen.

### 4.3 Cholezystektomie

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

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

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

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

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

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

### 4.4 Urologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie

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

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

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

Gemeinsam mit den jeweiligen Fachgesellschaften wurden auf Basis von internationaler Literatur Mindestanforderungen für die Abteilungen (betreffend Struktur, Ausstattung, Prozesse, Qualifikation) zur Erbringung dieser hochkomplexen Eingriffe erarbeitet. Die detaillierte Ausarbeitung dieser Thematik ist entsprechend dem Zielsteuerungs-Prozess bis Ende 2019 geplant. Ein Auszug relevanter Informationen soll über [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) zur Verfügung gestellt werden.

## 5 Monitoring der qualitätsverbessernden Maßnahmen

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

- 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)

Überblick zu den bisher bearbeiteten Schwerpunktthemen:

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

Tabelle 9: Überblick bearbeitete Schwerpunktthemen

### 5.1 Ergebnis-Monitoring

Im Ergebnis-Monitoring wird die Entwicklung des Qualitätsindikatoren-Ergebnisses nach einem Peer-Review-Verfahren über mehrere Jahre, vom Ausgangsjahr bis zum aktuellsten Datenjahr 2018, beobachtet. Das ist nur in Verbindung mit dem Maßnahmen-Monitoring sinnvoll.

Es sind jene Verfahren beinhaltet, die von 2013 bis 2017 stattgefunden haben:

- 2013: Herzinfarkt
- 2013: Pneumonie

- 2013: Schenkelhalsfraktur
- 2014: Schlaganfall
- 2014: Cholezystektomie
- 2015: Herniotomie
- 2015: Hysterektomie
- 2015: Linksherzkatheter
- 2015: Hüftendoprothesen-Revision
- 2016: Urologie
- 2016: Gefäßchirurgie
- 2016: Herzchirurgie
- 2017: Operationen an der Lunge
- 2017: Kolorektale Operationen
- 2017: Intensiv/Beatmung

Das Ergebnis-Monitoring basiert auf der Konfidenzintervall-Berechnung der Indikatoren. Anhand eines Ampelsystems erfolgt, wie in der folgenden Tabelle ersichtlich, eine Einteilung in:

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

KA	Indikator	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
KA 1	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	3	3	2	2	1	1	1	1	1
KA 2	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	3	3	3	3	2	1	1	1	1
KA 3	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	2	2	3	3	3	3	3	2	2

Tabelle 10: Beispiel Ergebnis-Monitoring

Zum **Herzinfarkt** fanden Anfang 2013 zwei Verfahren (Datenbasis 2010/2011) und 2016 ein Verfahren statt. Kein Ergebnis der drei Krankenhäuser ist mit Datenbasis 2018 mehr „signifikant auffällig“. Dies ergibt eine Ergebnis-Verbesserung von 100% (3 von 3 Krankenhäusern).

Zur **Pneumonie** (Datenbasis 2010/2011) wurde nur ein Peer-Review-Verfahren durchgeführt. Mit Datenbasis 2018 ist das Krankenhaus erstmals nicht mehr „signifikant auffällig“. 2019 wurde das Themengebiet Pneumonie erneut als Schwerpunkt festgelegt. Die Peer-Review-Verfahren werden 2020 stattfinden.

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

Zum Thema **Schenkelhalsfraktur** fanden 16 Verfahren statt (Datenbasis 2010/2011). Folgende Entwicklung konnte bis zum Datenjahr 2018 festgestellt werden:

- In 8 Krankenhäusern ist das Ergebnis bereits „nicht auffällig“ bzw. „nicht signifikant auffällig“.
- In 2 Krankenhäusern wird das Krankheitsbild aufgrund eines geänderten Versorgungsauftrages nicht mehr behandelt.
- In 4 Einrichtungen wurde aufgrund des gleichbleibenden „statistisch signifikanten Ergebnisses“ 2018 ein Re-Peer-Review-Verfahren durchgeführt.

56% der Krankenhäuser (9 von 16) konnten beim Schwerpunkt **Schlaganfall** (Datenbasis 2012) das Ergebnis bisher verbessern. Wie auch die Hysterektomie wurde der Schlaganfall 2020 als Schwerpunkt festgelegt.

Zum Schwerpunktthema **Cholezystektomie** fanden 11 Peer-Review-Verfahren statt (Datenbasis 2012). Von diesen waren 9 zentrale Verfahren, für die kein Ergebnis-Monitoring durchgeführt wird. Lediglich 2 Peer Review-Verfahren erfolgten auf Hausebene. Eine Einrichtung konnte das Ergebnis bisher verbessern.

Zum Thema **Herniotomie** (Datenbasis 2013) fanden ein zentrales Verfahren und eines zur Intensivhäufigkeit auf Hausebene statt. Diese Einrichtung konnte seine Ergebnisse bis zum Datenjahr 2016 erheblich verbessern. Seit 2017 werden aufgrund einer strukturellen Zusammenlegung von Abteilungen keine Hernien-Operationen mehr durchgeführt.

Zur **Hysterektomie** fanden 13 Verfahren statt (Datenbasis 2013). Nur 46% der Häuser (6 von 13) konnten bisher ihr Ergebnis verbessern. Zusätzlich wird die Hysterektomie in Österreich im Durchschnitt häufiger offen operiert als im internationalen Vergleich. Die Hysterektomie wird 2020 erneut als Schwerpunkt bearbeitet werden.

Von den 3 Peer Review-Verfahren zum Schwerpunkt **Linksherzkatheter** (Datenbasis 2013) konnte in 2 Häusern (67%) eine Ergebnis-Verbesserung verzeichnet werden.

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 waren und monitiert werden.

Im Fachgebiet **Urologie** fanden 9 Peer-Review-Verfahren zu unterschiedlichen urologischen Eingriffen wie z.B. Entfernung der Prostata oder der Blase statt. Folgende Entwicklung konnte bis zum Datenjahr 2018 festgestellt werden:

- In 6 Krankenhäusern konnten in allen betroffenen Indikatoren die Ergebnisse verbessert werden.
- In 2 Krankenhäusern konnte in zumindest einem betroffenen Indikator das Ergebnis verbessert werden.
- In 1 Krankenhaus konnte bisher keine Ergebnis-Verbesserung erzielt werden.

Zum Schwerpunkt **Gefäßchirurgie** wurden 4 Peer-Review-Verfahren abgehalten. Mit dem Datenjahr 2018 kann eine Ergebnis-Verbesserung von 50% verzeichnet werden.

In der **Herzchirurgie** wurden ebenso 4 Verfahren durchgeführt. In 3 Krankenhäusern konnte in zumindest einem betroffenen Indikator das Ergebnis verbessert werden.

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

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

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

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

Tabelle 11: Erhebung Maßnahmen-Monitoring, Beispiel

Zu jeder Verbesserungsmaßnahme werden vom Krankenhaus der Umsetzungsgrad sowie die Details zur Umsetzung abgefragt:

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

Das Maßnahmen-Monitoring wurde seit dem A-IQI Bericht 2018 nicht erneut durchgeführt und findet erst wieder im Jänner 2020 statt. Die letzten verfügbaren Ergebnisse sind im letztjährigen Bericht in Kapitel 5.1. ersichtlich.



## 6 Endoprothetik

Der Themenbereich Endoprothetik bildet bereits lange einen Schwerpunkt der Arbeiten in A-IQI. Aus diesem Grund wurden folgende Schritte gesetzt, um vor allem Revisionen von Endoprothesen detaillierter erfassen zu können:

- 2014: Pilotversuch zu Revisionen der Hüftendoprothetik (Datenjahr 2012) inkl. Peer-Review-Verfahren.
- 2015: Änderung des LKF-Katalogs zur differenzierteren Erfassung von Revisionseingriffen am Hüftgelenk. Des Weiteren sind ab diesem Jahr die Revisionsgründe mittels Diagnosen verpflichtend zu dokumentieren.
- 2017: Erste bundesweite Erhebung aller Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen und Sentinel-Todesfälle (Datenjahr 2016)
- 2017: Erweiterung der verpflichtenden Dokumentation bei Knieendoprothesen-Revisionen analog dem Hüftgelenk.

Im Jahr 2018/2019 erfolgte die zweite bundesweite Erhebung aller Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen und Sentinel-Todesfälle. Somit stehen im Rahmen des A-IQI Systems derzeit für den Bereich der Endoprothetik drei Informationsquellen zur Verfügung:

1. Reguläre A-IQI Indikatoren,
2. Zusatzauswertung Endoprothetik: genaue Betrachtung der Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen anhand von pseudonymisierten Daten,
3. Bundesweite Erhebung aller Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen und Sentinel-Todesfälle: über die Routinedaten hinausgehende, retrospektive Eingabe aller Fälle durch die betroffenen Krankenanstalten.

Eine detaillierte Beschreibung findet sich im Bericht „Hüft- und Knieendoprothetik in Österreich“. Dieser betrachtet nicht nur die Endoprothetik aus verschiedenen Gesichtspunkten (z.B. Patientenanzahl, Medizinprodukteindustrie), sondern umfasst auch detaillierte Beschreibungen der Entwicklung im Rahmen von A-IQI und die Darstellung der Ergebnisse. Einige Ergebnisse wurden international im deutschen **Qualitätsmonitor 2019** publiziert.

### 6.1 Reguläre A-IQI Indikatoren

Die regulären A-IQI Indikatoren sind in Kapitel 2.3 dargestellt. Details zu den Indikatoren sind in der Indikatorenbeschreibung nachlesbar.

## 6.2 Zusatzauswertung Endoprothetik

Im Zuge der Zusatzauswertung Endoprothetik werden Revisionsraten detailliert anhand von pseudonymisierten Daten betrachtet. Dies ist ab dem Datenjahr 2015 möglich. In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse jeweils getrennt für das Hüft- und Kniegelenk dargestellt.

### 6.2.1 Hüftendoprothesen-Revisionen

Die Indikatoren in der Zusatzauswertung betrachten Revisionsraten innerhalb von 12, 24 und 36 Monaten nach Implantation einer Hüftendoprothese. Es erfolgt eine Trennung in Eigen- sowie Fremdrevisionsen. Bei Revisionen innerhalb von 12 Monaten erfolgt darüber hinaus eine Differenzierung der Erst-Indikation. (Beobachtungszeitraum 1.1.2015 bis 31.12.2018)

		Typ	ZW	A-IQI 2018					
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.
<b>Ausgangsjahr 2017</b>									
<b>01 - Hüftendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres</b>									
01.10	Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,64%	549	20.826	114	8	9
01.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		89,44%	491	549	97	83	
01.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		10,56%	58	549	97	83	
01.20	Hüftendopr. Erst-OP b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	2,16%	345	15.994	105	8	8
01.30	Hüftendopr. Erst-OP b. Schenkelhals- u. pertroch. Frak., Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	3,49%	150	4.294	105	30	6
01.40	Hüftendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	9,47%	50	528	92	75	2
01.50	Hüftendopr. Erst-OP, Anteil Rev. (innerh. 12 Monate) mit Revisionsgr. "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	0,24%	51	20.826	114	8	8
01.51	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		100,00%	51	51	31	31	
01.52	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		0,00%		51	31	31	
<b>Ausgangsjahre 2015 bis 2017</b>									
<b>03 - Hüftendoprothesen Revisionen</b>									
03.10	Hüftendoprothesen Erst-OP (2015 - 2017) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,55%	1.485	58.235	112	5	12
03.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		89,76%	1.333	1.485	104	45	
03.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		10,24%	152	1.485	104	45	
03.20	Hüftendoprothesen Erst-OP (2015 - 2016) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 24 Monate)	K	< (BD)	3,01%	1.155	38.404	111	4	9
03.21	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		87,62%	1.012	1.155	101	56	
03.22	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		12,38%	143	1.155	101	56	
03.30	Hüftendoprothesen Erst-OP (2015) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 36 Monate)	K	< (BD)	3,25%	613	18.879	111	7	7
03.31	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		85,48%	524	613	93	69	
03.32	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		14,52%	89	613	93	69	

Tabelle 12: Ergebnisse Zusatzauswertung Endoprothetik – Hüfte (Quelle: BMASGK)

*01.10, 03.10, 03.20, 03.30 Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen:* Es wird die Gesamtzahl an Hüftendoprothesen-Erstoperationen (alle Indikationen, ausgenommen Tumor) sowie der Anteil an Revisionen innerhalb von 12, 24 bzw. 36 Monaten ausgewertet. Es sind alle Revisionen inkludiert, egal ob diese im Krankenhaus der Erstoperation (Eigenrevisionen) oder in einem anderen Krankenhaus (Fremdrevisionsen) in Österreich durchgeführt wurde. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

*01.11, 01.51, 03.11, 03.21, 03.31 Revisionen in der eigenen Krankenanstalt:* Es werden jene Revisionen nach Hüftendoprothese dargestellt, die in derselben Institution durchgeführt wurden, in der auch die Erstimplantation stattgefunden hat (Eigenrevisionen). Die Kennzahl dient als Information ohne festgelegten Zielwert.

*01.12, 01.52, 03.12, 03.22, 03.32 Revisionen in einer anderen Krankenanstalt:* Es werden Revisionen nach Hüftendoprothese dargestellt, die in einer anderen Institution durchgeführt wurden als die Erstimplantation (Fremdrevisionen). Die Kennzahl dient ebenfalls als Information ohne festgelegten Zielwert.

*01.20 Hüftendoprothesen Erst-OP bei Koxarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Revisionen:* Es wird die Gesamtzahl an Hüftendoprothesen-Erstoperationen sowie der Anteil an Revisionen innerhalb von 12 Monaten ausgewertet. Im Gegensatz zu den Indikatoren 01.10 und 03.10 sind nur Hüftendoprothesen-Erstoperationen mit Indikation Koxarthrose sowie chronischer Arthritis (Hauptdiagnose) eingeschlossen. Es sind sowohl Eigen- als auch Fremdrevisionen beinhaltet. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

*01.30 Hüftendoprothesen Erst-OP bei Schenkelhals- und pertrochantärer Fraktur, Anteil Revisionen:* Es wird die Gesamtzahl an Hüftendoprothesen-Erstoperationen aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur (Hauptdiagnose) sowie der Anteil an Revisionen innerhalb von 12 Monaten ausgewertet. Es sind sowohl Eigen- als auch Fremdrevisionen beinhaltet. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

*01.40 Hüftendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen:* Es werden alle restlichen Hüftendoprothesen-Erstoperationen (ohne Koxarthrose, chronischer Arthritis, Schenkelhals- und pertrochantärer Fraktur) und der Anteil an Revisionen innerhalb von 12 Monaten dargestellt. Sowohl Eigen- als auch Fremdrevisionen sind eingeschlossen. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

*01.50 Hüftendoprothesen Erst-OP, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate) mit Revisionsgrund "Infektion":* Es wird die Gesamtzahl an Hüftendoprothesen-Erstoperationen (alle Indikationen, ausgenommen Tumor) sowie der Anteil an Revisionen innerhalb von 12 Monaten mit Revisionsgrund "Infektion" oder "Synovitis" ausgewertet. Es sind alle Revisionen inkludiert, egal ob diese im Krankenhaus der Erstoperation (Eigenrevisionen) oder in einem anderen Krankenhaus (Fremdrevisionen) in Österreich durchgeführt wurde. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass rund 2,6 Prozent aller im Jahr 2017 implantierten Hüftendoprothesen innerhalb von 12 Monaten revidiert wurden. Bei rund 89,4 Prozent dieser handelte es sich um eine Eigenrevisionen (somit erfolgte die Revision im gleichen

Haus wie die Erstimplantation). Die Revisionsraten innerhalb von 24 bzw. 36 Monaten betragen 3,01 bzw. 3,25 Prozent.

## 6.2.2 Knieendoprothesen-Revisionen

Die Indikatoren in der Zusatzauswertung betrachten Revisionsraten innerhalb von 12, 24 und 36 Monaten nach Implantation einer Knieendoprothese. Es erfolgt eine Trennung in Eigen- sowie Fremdrevisionen. Bei Revisionen innerhalb von 12 Monaten erfolgt darüber hinaus eine Differenzierung der Erst-Indikation. (Beobachtungszeitraum 1.1.2015 bis 31.12.2018)

		A-IQI 2018							
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.
<b>Ausgangsjahr 2017</b>									
<b>02 - Knieendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres</b>									
02.10	Knieendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,17%	408	18.761	102	4	7
02.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		90,44%	369	408	85	77	
02.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		9,56%	39	408	85	77	
02.20	Knieendopr. Erst-OP b. Gonarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	1,89%	344	18.189	102	5	10
02.30	Knieendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	10,48%	59	563	84	68	1
02.40	Knieendopr. Erst-OP, Anteil Rev. (innerh. 12 Monate) mit Revisionsgr. "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	0,13%	25	18.761	102	4	10
02.41	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		100,00%	25	25	19	19	
02.42	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		0,00%		25	19	19	
<b>Ausgangsjahre 2015 bis 2017</b>									
<b>04 - Knieendoprothesen Revisionen</b>									
04.10	Knieendoprothesen Erst-OP (2015 - 2017) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,24%	1.172	52.311	102	4	15
04.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		91,13%	1.068	1.172	97	55	
04.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		8,87%	104	1.172	97	55	
04.20	Knieendoprothesen Erst-OP (2015 - 2016) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 24 Monate)	K	< (BD)	3,41%	1.167	34.229	101	3	16
04.21	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		84,23%	983	1.167	96	53	
04.22	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		15,77%	184	1.167	96	53	
04.30	Knieendoprothesen Erst-OP (2015) gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 36 Monate)	K	< (BD)	4,19%	697	16.634	96	4	9
04.31	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		82,35%	574	697	90	63	
04.32	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		17,65%	123	697	90	63	

Tabelle 13: Ergebnisse Zusatzauswertung Endoprothetik – Knie (Quelle: BMASGK)

*02.10, 04.10, 04.20, 04.30 Knieendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen:* Es wird die Gesamtzahl an Knieendoprothesen-Erstoperationen (alle Indikationen, ausgenommen Tumor) sowie der Anteil an Revisionen innerhalb von 12, 24 bzw. 36 Monaten ausgewertet. Es sind alle Revisionen inkludiert, egal ob diese im Krankenhaus der Erstoperation (Eigenrevisionen) oder in einem anderen Krankenhaus (Fremdrevisionen) in Österreich durchgeführt wurde. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

*02.11, 02.41, 04.11, 04.21, 04.31 Revisionen in der eigenen Krankenanstalt:* Es werden jene Revisionen nach Knieendoprothese dargestellt, die in derselben Institution durchgeführt

wurden, in der auch die Erstimplantation stattgefunden hat (Eigenrevisionen). Die Kennzahl dient als Information ohne festgelegten Zielwert.

*02.12, 02.42, 04.12, 04.22, 04.32 Revisionen in einer anderen Krankenanstalt:* Es werden Revisionen nach Knieendoprothese dargestellt, die in einer anderen Institution durchgeführt wurden als die Erstimplantation (Fremdrevisionen). Die Kennzahl dient ebenfalls als Information ohne festgelegten Zielwert.

*02.20 Knieendoprothesen Erst-OP bei Gonarthrose und chronischer Arthritis, Anteil Revisionen:* Es wird die Gesamtzahl an Knieendoprothesen-Erstoperationen sowie der Anteil an Revisionen innerhalb von 12 Monaten ausgewertet. Im Gegensatz zu den Indikatoren 02.10 und 04.10 sind nur Knieendoprothesen-Erstoperationen mit Indikation Gonarthrose sowie chronischer Arthritis (Hauptdiagnose) eingeschlossen. Es sind sowohl Eigen- als auch Fremdrevisionen beinhaltet. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

*02.30 Knieendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen:* Es werden alle restlichen Knieendoprothesen-Erstoperationen (ohne Gonarthrose, chronischer Arthritis) und der Anteil an Revisionen innerhalb von 12 Monaten dargestellt. Sowohl Eigen- als auch Fremdrevisionen sind eingeschlossen. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

*02.40 Knieendoprothesen Erst-OP, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate) mit Revisionsgrund "Infektion":* Es wird die Gesamtzahl an Knieendoprothesen-Erstoperationen (alle Indikationen, ausgenommen Tumor) sowie der Anteil an Revisionen innerhalb von 12 Monaten mit Revisionsgrund "Infektion" oder "Synovitis" ausgewertet. Es sind alle Revisionen inkludiert, egal ob diese im Krankenhaus der Erstoperation (Eigenrevisionen) oder in einem anderen Krankenhaus (Fremdrevisionen) in Österreich durchgeführt wurde. Als Zielbereich wurde der österreichische Bundesdurchschnitt festgelegt.

Es lässt sich erkennen, dass 2,17 Prozent aller im Jahr 2017 implantierten Kniegelenksendoprothesen innerhalb von 12 Monaten revidiert wurden. Auch hier erfolgte die Revision meist in der gleichen Krankenanstalt wie die Erstoperation (90,44 Prozent). Innerhalb von 24 Monaten wurden 3,41 Prozent der Implantationen revidiert, innerhalb von 36 Monaten waren es 4,19 Prozent.

### 6.3 Bundesweite Erhebung aller Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen und Sentinel Todesfälle

Die zweite Erhebung fand im Jahr 2018/2019 mit Datenbasis 2017 statt. Neben Daten, die mittels LKF zur Verfügung stehen und somit im Fragebogen bereits vorausgefüllt waren (z.B.

Altersgruppe, Geschlecht, MEL, Hauptdiagnose), konnten durch retrospektive Eingaben der Krankenanstalten darüber hinausgehende Informationen generiert werden. Die Dateneingabe erfolgte über eine eigens von der Gesundheit Österreich GmbH eingerichtete Plattform.

Insgesamt wurde folgende Anzahl an Fällen dokumentiert:

- Hüftendoprothesen-Revisionen: 2.644
- Knieendoprothesen-Revisionen: 2.122
- Sentinel-Todesfälle Hüfte: 9
- Sentinel-Todesfälle Knie: 9.

### 6.3.1 Hüftendoprothesen-Revisionen

Im folgenden Kapitel werden einige Ergebnisse der zweiten bundesweiten Erhebung aller Hüftendoprothesen-Revisionen dargestellt. Weiterführende Analysen, die sich mit dem statistischen Zusammenhang zwischen den Parametern beschäftigen, sind in Kapitel 6.4. erläutert.

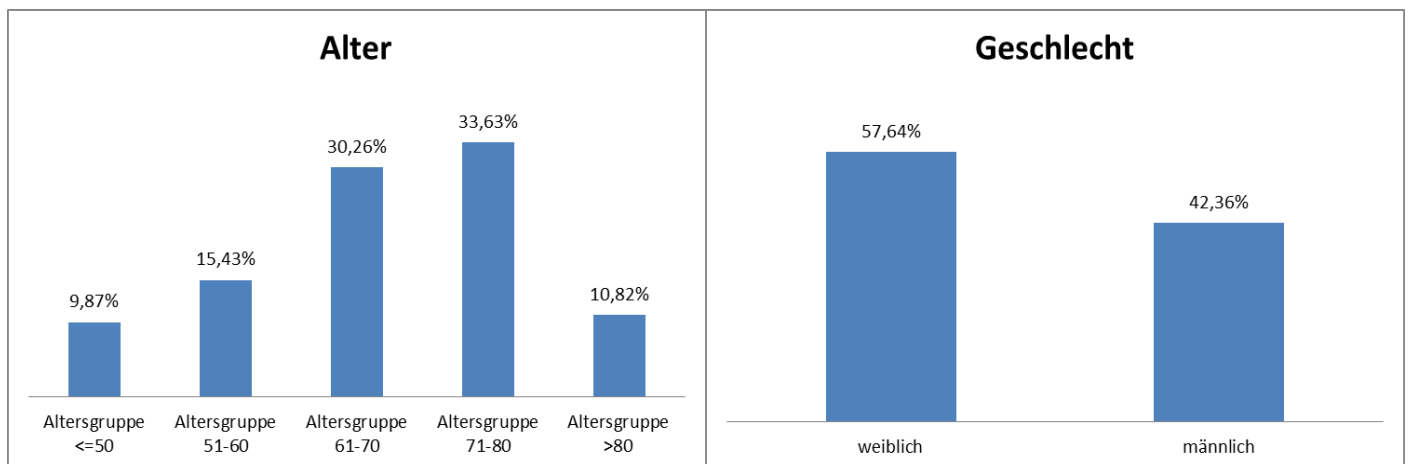


Abbildung 5: Alters- und Geschlechtsverteilung bei Hüftendoprothesen-Revisionen – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Abbildung 5 zeigt, dass rund 64 Prozent der betroffenen Personen zwischen 61 und 80 Jahre alt waren. Betrachtet man die Geschlechtsverteilung, zeigt sich, dass Frauen öfter betroffen waren als Männer (rund 58 Prozent weiblich).

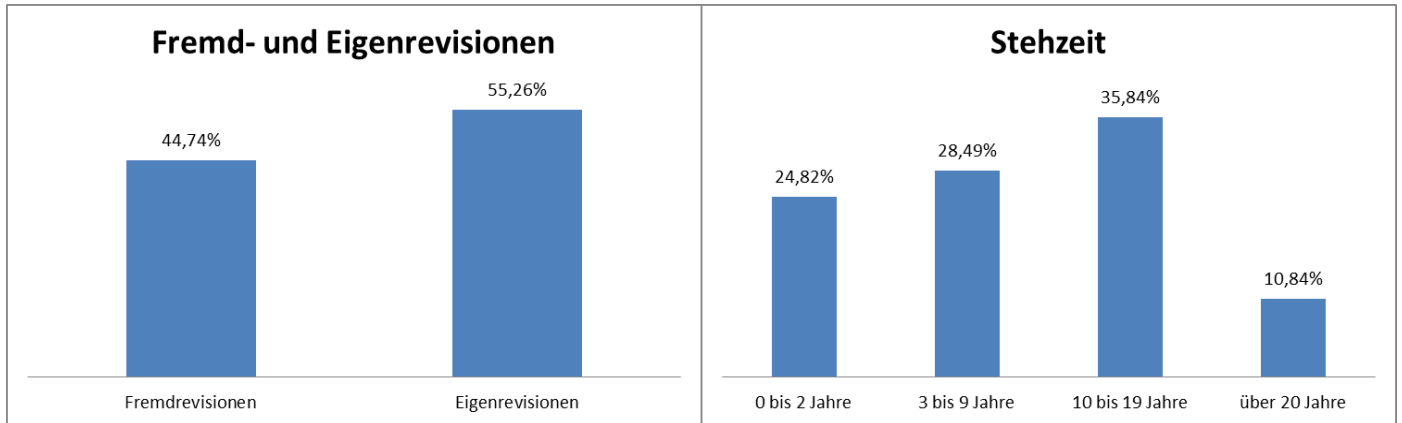


Abbildung 6: Verteilung zwischen Fremd- und Eigenrevisionen und Stehzeit – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Abbildung 6 zeigt, dass rund 55 Prozent der Revisionen im gleichen Krankenhaus erfolgten, wie die Erstimplantation (Eigenrevision). Bei Betrachtung der Stehzeit lässt sich erkennen, dass rund ein Viertel aller im Jahr 2017 revidierten Prothesen eine Stehzeit von bis zu zwei Jahren hatten.

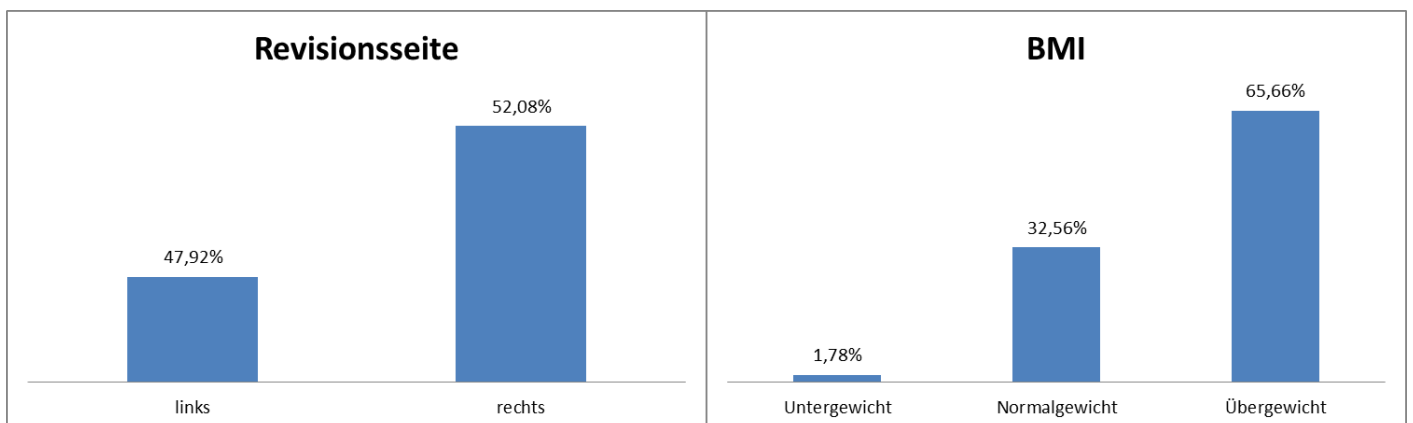


Abbildung 7: Verteilung Revisionsseite und BMI – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Während Abbildung 7 zeigt, dass das Verhältnis zwischen den Revisionsseiten nahezu ausgeglichen ist (links 48 Prozent vs. rechts 52 Prozent), bestehen große Unterschiede bei der Verteilung des BMI. So handelte es sich bei rund zwei Drittel (66 Prozent) um übergewichtige Personen.

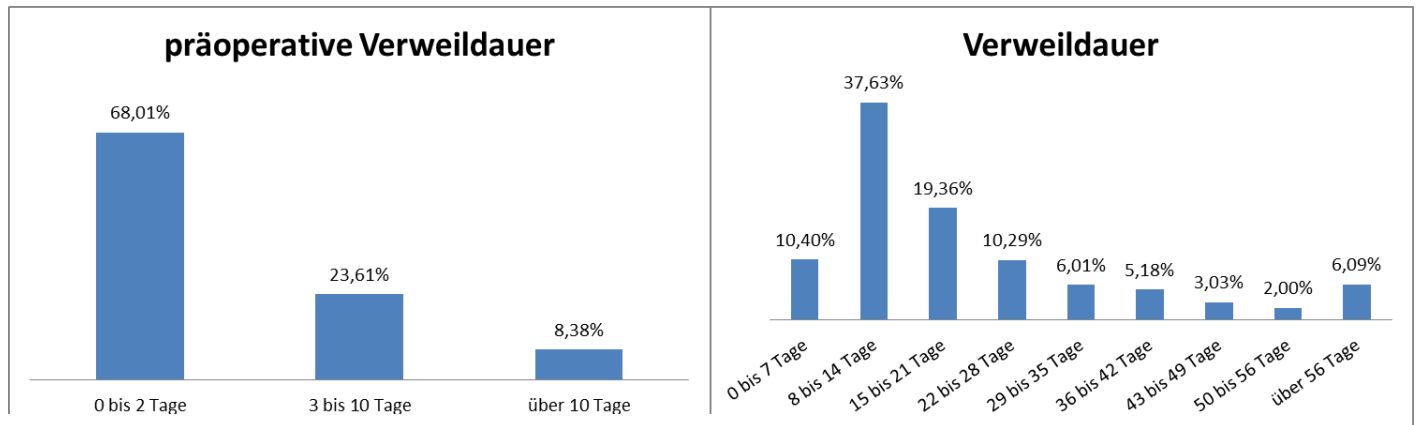


Abbildung 8: präoperative Verweildauer und Verweildauer – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Abbildung 8 macht deutlich, dass rund 68 Prozent der Fälle innerhalb von zwei Tagen nach der Aufnahme ins Krankenhaus operiert wurden. Innerhalb von zwei Wochen wurden rund 48 Prozent der Fälle aus der Krankenanstalt entlassen.

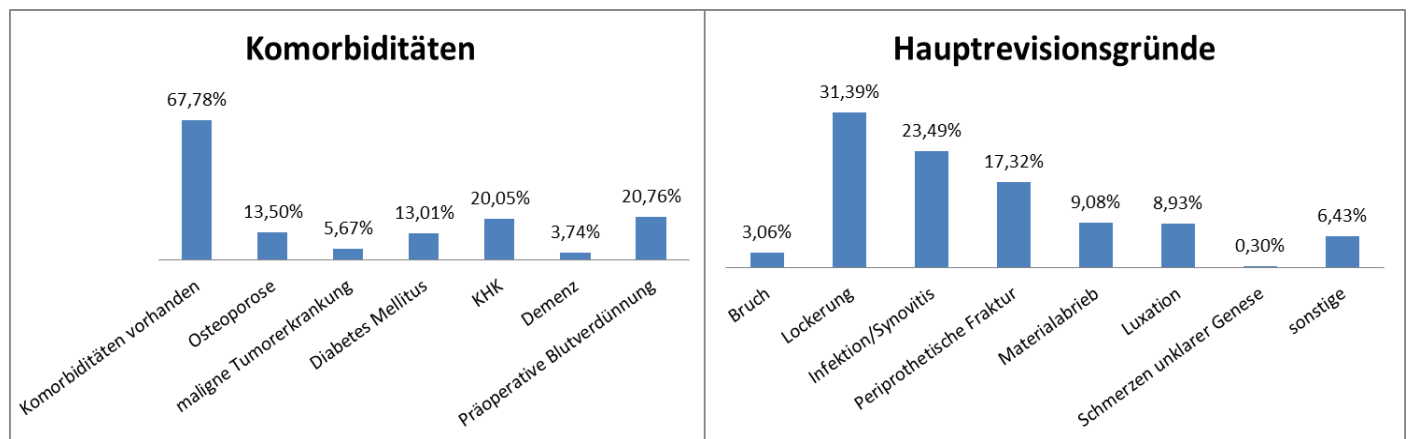


Abbildung 9: Komorbiditäten und Hauptrevisionsgründe – Hüfte (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Es wird deutlich (Abbildung 9) dass mehr als zwei Drittel aller Fälle eine Komorbidität aufwiesen. Die häufigste war die präoperative Blutverdünnung (bei rund 21 Prozent der Fälle). Des Weiteren zeigt sich, dass rund 31 Prozent der im Jahr 2017 revidierten Hüftendoprothesen den Hauptrevisionsgrund „Lockerung“ aufwiesen.



### 6.3.2 Knieendoprothesen-Revisionen

Im folgenden Kapitel werden einige Ergebnisse der zweiten bundesweiten Erhebung aller Knieendoprothesen-Revisionen dargestellt. Weiterführende Analysen, die sich mit dem statistischen Zusammenhang zwischen den Parametern beschäftigen, sind in Kapitel 6.4. erläutert.

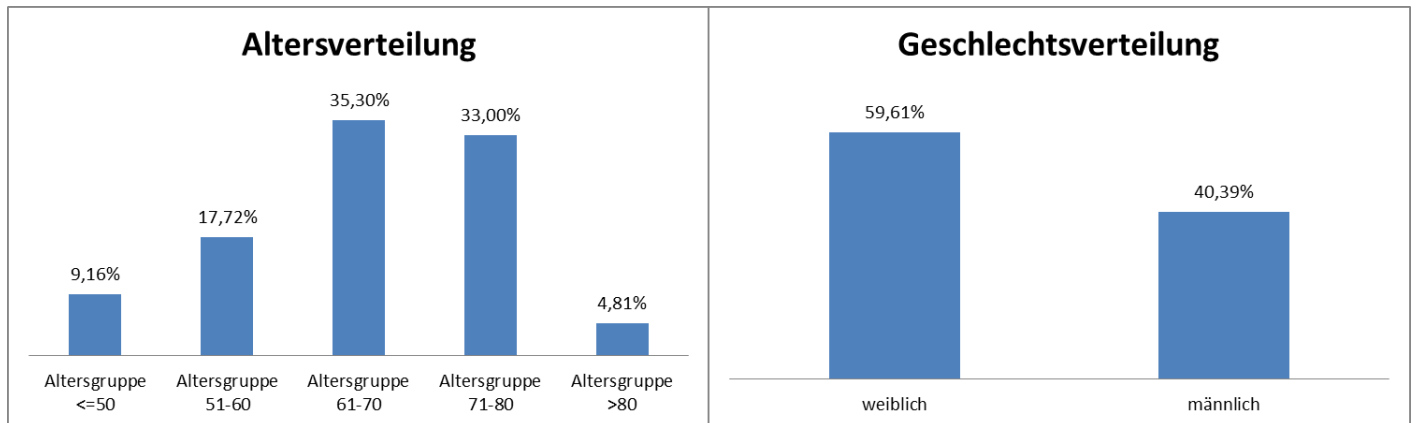


Abbildung 10: Alters- und Geschlechtsverteilung bei Knieendoprothesen-Revisionen – Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Abbildung 10 zeigt, dass ebenso wie beim Hüftgelenk über 65 Prozent der Fälle im Alter zwischen 61 und 80 Jahren lagen. Bei Betrachtung der Geschlechter wird deutlich, dass Frauen öfter betroffen waren als Männer (rund 60 Prozent der Fälle waren weiblich).

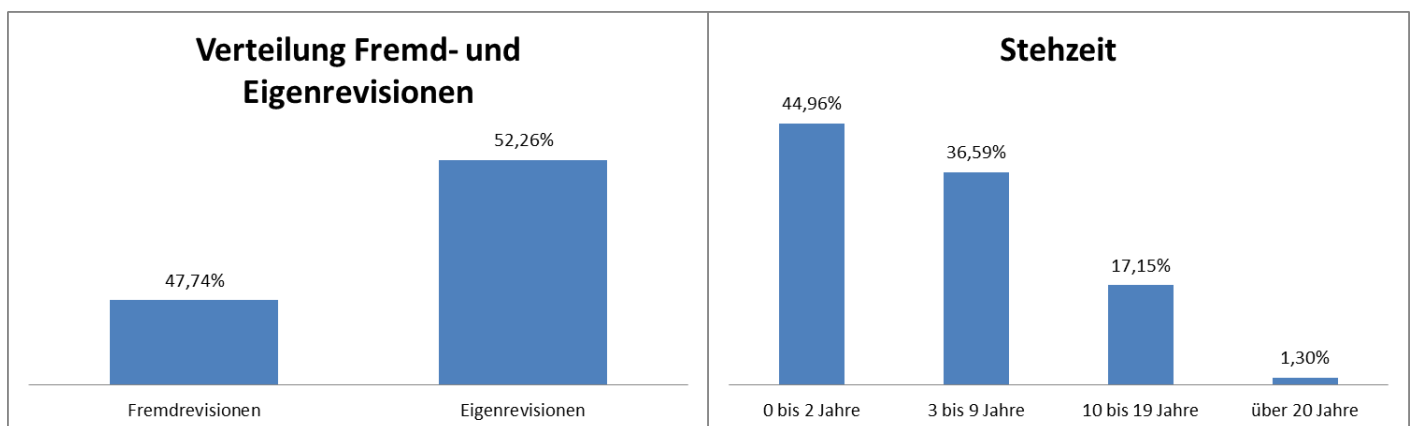


Abbildung 11: Verteilung zwischen Fremd- und Eigenrevisionen und Stehzeit – Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Auch beim Kniegelenk handelte es sich bei mehr als der Hälfte der Fälle um Eigenrevisionen (rund 52 Prozent; Abbildung 11). Es ist jedoch zu beobachten, dass rund 45 Prozent eine Stehzeit von maximal zwei Jahren aufwiesen. Dieser Wert ist deutlich höher als beim Hüftgelenk (rund 25 Prozent).

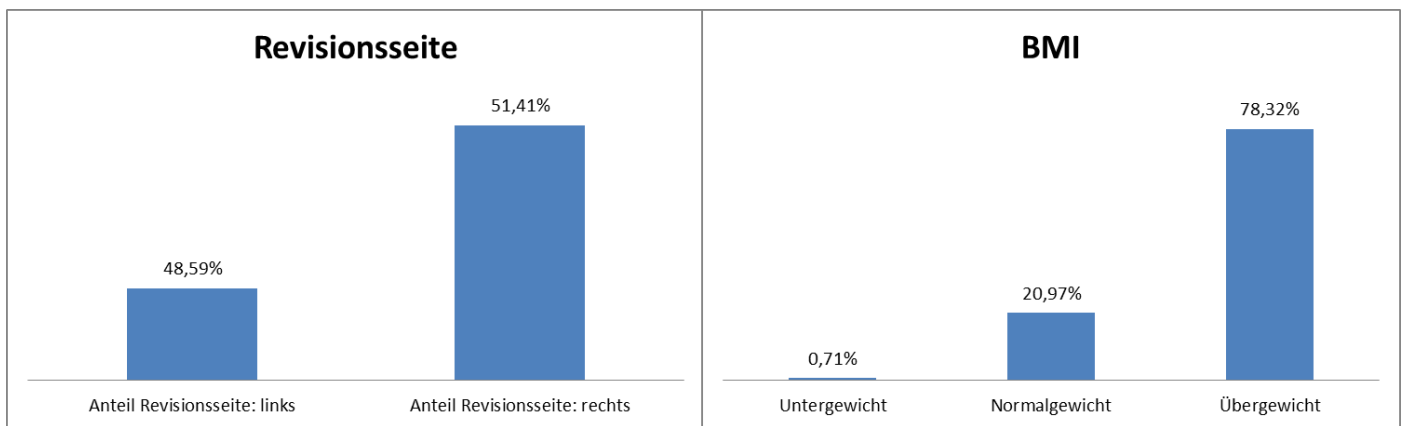


Abbildung 13: Verteilung Revisionsseite und BMI - Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Auch beim Kniegelenk zeigt sich ein relativ ausgeglichenes Bild bei der Verteilung der Revisionsseiten. Ebenso waren auch hier größtenteils übergewichtige Personen betroffen (rund 78 Prozent).

Wie die Abbildung zeigt, ist der Anteil an Fällen, bei denen die Operation innerhalb von zwei

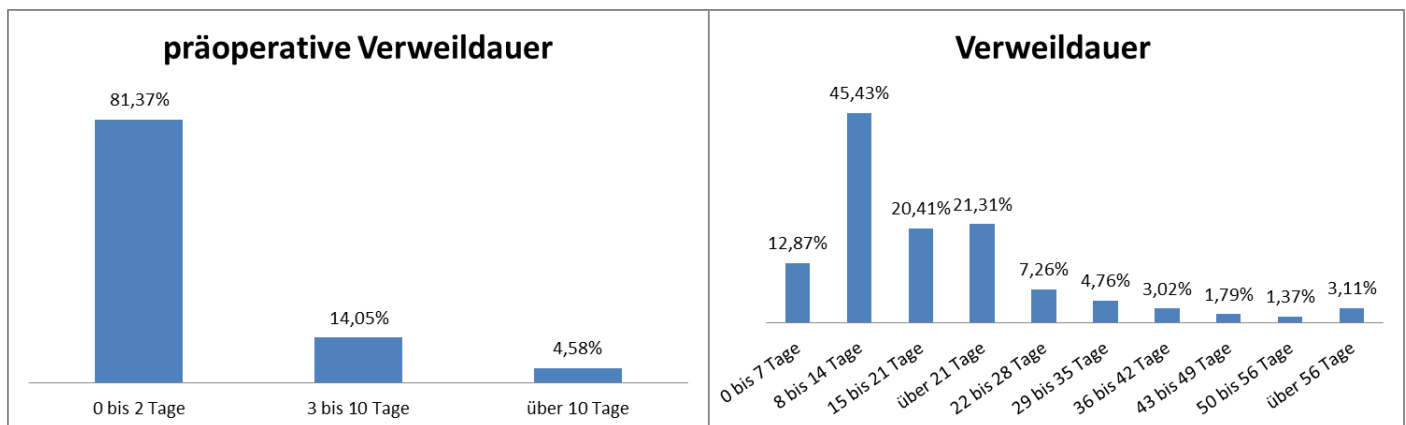


Abbildung 12: präoperative Verweildauer und Verweildauer – Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Tagen nach der Aufnahme ins Krankenhaus stattfand, rund 81 Prozent. Dies ist ein deutlich höherer Wert als beim Hüftgelenk (rund 68 Prozent). Rund 58 Prozent konnten innerhalb von zwei Wochen das Krankenhaus verlassen.

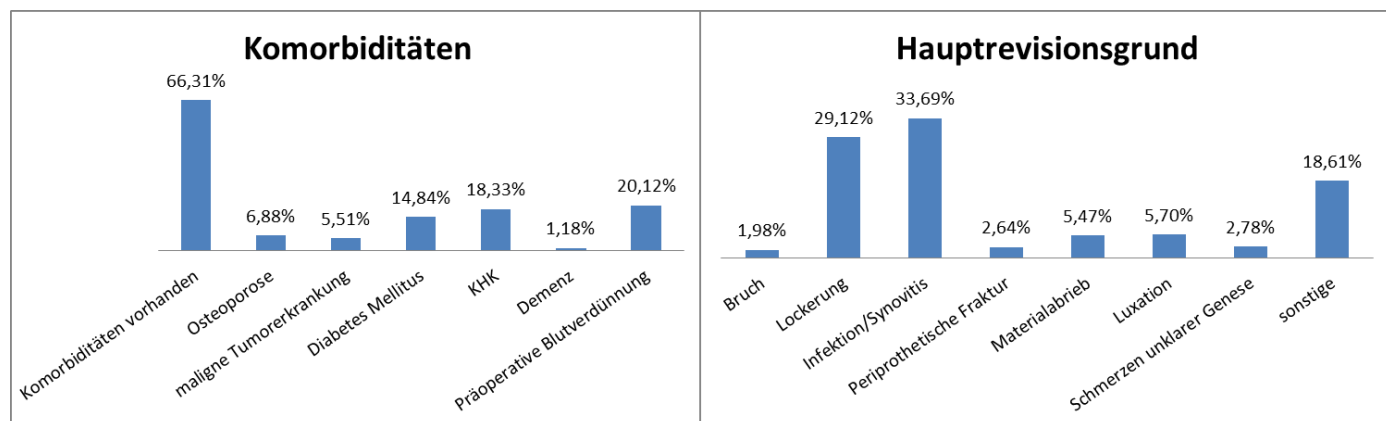


Abbildung 14: Komorbiditäten und Hauptrevisionsgründe – Knie (Quelle: Berechnungen: GÖG, Darstellung: BMASGK)

Abbildung 14 zeigt, dass bei rund 66 Prozent der Fälle zumindest eine Komorbidität vorhanden war. Die häufigste war, ebenso wie beim Hüftgelenk, die präoperative Blutverdünnung. Im Gegensatz zu Hüftendoprothesen-Revisionen war beim Kniegelenk „Infektion/Synovitis“ der häufigste Hauptrevisionsgrund (in rund 34 Prozent der Fälle).

## 6.4 Korrelationsanalysen

(Assoc. Prof. Mag. Dr. Peter Klimek)

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der statischen Korrelationsanalysen dargestellt. Ziel der Analyse war die Erhebung des Einflusses von Geschlecht und BMI auf unterschiedliche Indikatoren welche relevant im Qualitätsmonitoring zur Endoprothetik sind. Die Auswertungen wurden jeweils für Hüfte und Knie separat durchgeführt.

### 6.4.1 Ergebnisse

	BMI		Geschlecht	
	Hüfte	Knie	Hüfte	Knie
<b>Revisionsanzahl</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	ja
Stärke der Korrelation	0,00	0,00	0,07	1,29
<b>Verweildauer</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	ja	ja	nein	nein
Stärke der Korrelation	0,05	0,06	-1,50	-0,35
<b>Komorbiditäten</b>				
<b>Komorbidität vorhanden</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	ja	ja	nein	nein
Stärke der Korrelation	0,02	0,02	-0,12	0,06
<b>Osteoporose</b>				

statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	ja	ja	ja
Stärke der Korrelation	-0,03	-0,04	-1,12	-1,39
<b>maligne Tumorerkrankung</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	0,00	0,00	0,41	0,14
<b>Diabetes Mellitus</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	0,00	0,00	0,19	0,27
<b>KHK</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	ja
Stärke der Korrelation	0,00	0,01	0,12	0,44
<b>Demenz</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	ja	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	-0,07	-0,05	0,02	-0,20
<b>Präoperative Blutverdünnung</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	0,00	0,00	0,16	0,01
<b>Hauptrevisionsgrund</b>				
<b>Lockerung</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	-0,99	0,24	0,91	0,99
<b>Bruch</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	ja	nein
Stärke der Korrelation	-0,93	9,04	0,54	0,96
<b>Infektion/Synovitis</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	ja	nein	ja	ja
Stärke der Korrelation	3,38	-1,11	0,76	0,71
<b>Luxation</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	-1,00	1,29	0,92	0,98
<b>Periprothetische Fraktur</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	ja	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	-3,13	-1,79	0,99	1,08
<b>Schmerzen unklarer Genese</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	-0,80	-0,51	0,89	0,79
<b>Materialabrieb</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	ja	nein
Stärke der Korrelation	-0,91	-0,74	0,74	0,91
<b>sonstiges</b>				
statistisch signifikante Korrelation vorhanden	nein	nein	nein	nein
Stärke der Korrelation	3,97	0,36	0,81	0,91

Tabelle 14: Ergebnisse Korrelationsanalyse (Quelle: BMASGK)

Die Revisionsanzahl zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit dem BMI für Hüfte wie Knie. Männer hatten um 1.3 ( $p < 0.0001$ ) mehr Knierevisionen als Frauen, während bei der Hüfte kein signifikanter Unterschied bestand. Die Verweildauer zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit dem BMI für Hüfte und Knie. Im Schnitt erhöhte ein BMI Punkt die Verweildauer um 0.05 ( $p = 0.015$ ) Tage bei Revisionen in der Hüfte bzw. um 0.06 ( $p = 0.002$ ) Tage im Knie.

Patientinnen und Patienten zeigten unterschiedliche Cluster von Revisionsgründen in Abhängigkeit ihres Geschlechts und BMIs. Frauen zeigten ein um 54 Prozent (95 Prozent CI 34 Prozent -85 Prozent) reduziertes Risiko für Revisionsgrund „Bruch“ und Revisionen an der Hüfte im Vergleich zu Männern. Für die Hüfte hatten Patientinnen und Patienten mit Revisionsgrund „Infektion/Synovitis“ im Schnitt einen um 3.4 (95 Prozent CI 1.1-5.6) Punkte höheren BMI im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit anderen Revisionsgründen. Frauen zeigten ein um 76 Prozent (Hüfte, 95 Prozent CI 63 Prozent -90 Prozent) bzw. 71 Prozent (Knie, 95 Prozent CI 60 Prozent -86 Prozent) reduziertes Risiko für den Revisionsgrund „Infektion/Synovitis“ im Vergleich zu Männern. Patientinnen und Patienten mit Revisionen aufgrund von Revisionsgrund „Periprothetische Fraktur“ an der Hüfte hatten typischerweise einen um 3.1 Punkte (95 Prozent CI 2.2-4.1) niedrigeren BMI im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit anderen Revisionsgründen.

Frauen zeigten punktuell ein erhöhtes Auftreten von Komorbiditäten im Vergleich zu Männern. Bei Revisionen zeigten Männer 33 Prozent (Hüfte,  $p < 0.0001$ ) bzw. 25 Prozent (Knie,  $p < 0.0001$ ) des Osteoporose Risikos für Frauen. Frauen mit Knierevisionen hatten eine um 54 Prozent ( $p = 0.0001$ ) erhöhte Wahrscheinlichkeit für Herz- und Kreislauferkrankungen im Vergleich zu Männer.

Einzelne Komorbiditäten zeigten sich heterogen in ihrem Zusammenhang mit BMI. Insgesamt erhöhte jeder zusätzliche BMI Punkt die Chance auf das Vorhandensein einer Komorbidität um 2 Prozent sowohl für die Hüfte ( $p = 0.004$ ) wie für das Knie ( $p = 0.006$ ). Für einige der einzelnen Komorbiditäten (z.B. KHK bei Hüfte und Knie) zeigte sich diese positive Assoziation aber nicht mehr stark genug um auch nach multipler Testkorrektur als signifikant eingestuft zu werden. Andere Komorbiditäten traten hingegen tendenziell bereits bei Patientinnen und Patienten mit niedrigerem BMI auf. So traten Hüftrevisionen bei Patientinnen und Patienten mit Demenz bereits bei niedrigeren BMIs auf, und zwar pro BMI Punkt ein um 6.4 Prozent ( $p = 0.002$ ) reduziertes Risiko. Revisionen am Knie traten bei Patienten mit Osteoporose ebenfalls bei niedrigerem BMI auf, nämlich um 4.4 Prozent ( $p = 0.006$ ) seltener pro BMI Punkt.

## 6.4.2 Beschreibung der Methodik

Zur Korrelationsanalyse Endoprothetik wurden je nach Art der Fragestellung drei unterschiedliche quantitative Analysen durchgeführt. Zusammenhänge zwischen absolut skalierten Indikatoren (Revisionsanzahl, Verweildauer) und BMI wie Geschlecht wurden mittels linearer Regression ermittelt. Stratifiziert nach Hüft- und Knierevisionen wurden dabei Modelle mit dem untersuchten Indikator als abhängige (zu beschreibende) und BMI wie Geschlecht (kategorisch) als unabhängige Variable erstellt. Für BMI und Geschlecht wird dabei ein Koeffizient ermittelt der angibt um wieviel ein BMI Punkt bzw. männliches/weibliches Geschlecht die Verweildauer oder die Anzahl der Revisionen erhöht. Als Maß für Unsicherheit dient die Wahrscheinlichkeit die beobachteten Resultate zu erhalten unter der Annahme (Nullhypothese), dass der tatsächliche Wert des gemessenen Koeffizienten gleich Null ist (p-value). Je geringer dieser Wert, desto aussagekräftiger das Ergebnis; wir verwenden die Standarddefinition von statistischer Signifikanz als einen p-value von kleiner 0.05.

Um zu testen, ob bei Männern oder Frauen bestimmte Cluster von Revisionsgründen unterschiedlich häufig auftreten, wurden die entsprechenden Quotenverhältnisse („Odds Ratios“) ermittelt. Diese Zahlen vergleichen das Verhältnis von Männern zu Frauen in allen Patientinnen und Patienten mit bestimmten Revisionsgründen zu dem Verhältnis in allen anderen Revisionsgründen. Als Maß für Unsicherheit geben wir das 95%ige Konfidenzintervall an (95%CI), i.e., der Wertebereich in dem der wahre Wert mit 95% Wahrscheinlichkeit liegt. Ob der BMI in den Gruppen mit oder ohne die entsprechenden Revisionsgründe unterschiedlich verteilt ist, wurde mittels eines T-tests ermittelt. Dieser Test gibt den mittleren Unterschied in BMI zwischen den beiden Gruppen an, zusammen mit dem p-value dass der tatsächliche Unterschied gleich Null ist. Für die Revisionsgründe haben wir ein multiples Testproblem, da mehrere Hypothesen (Cluster von Revisionsgründen) parallel getestet werden. Um einer statistischen Fehlerkumulierung vorzubeugen, wurde daher eine multiple Testkorrektur nach Bonferroni durchgeführt.

Zusammenhänge zwischen BMI/Geschlecht und dem Vorhandensein unterschiedlicher Komorbiditäten wurden mittels eines logistischen Regressionsmodells durchgeführt, ähnlich wie für Revisionsanzahl und Verweildauer. Im Unterschied dazu wird nun die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der abhängigen Variable (bestimmte Komorbiditäten) modelliert; die Koeffizienten der unabhängigen Variablen (BMI, Geschlecht) können als Quotenverhältnisse interpretiert werden. Eine multiple Testkorrektur wurde ebenfalls nach Bonferroni durchgeführt.

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



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

Es handelt sich um ein Projekt aus der Gesundheitsreform 2013. Die Veröffentlichung erfolgte am 6. April 2016 im Anschluss an die Freigabe durch die Bundes-Zielsteuerungskommission unter [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at). Kliniksuche ist 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.

### 7.1 Grundlagen

Ziel ist, die Bevölkerung in Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt über eine neutrale Plattform mit verständlich aufbereiteten Informationen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige sollen in der Lage sein, in Eigenverantwortung zu agieren und sich bestmöglich auf einen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt vorzubereiten.

Die Informationen werden aus den Krankenhausroutinedaten (LKF), der Plattform Qualitätsberichterstattung und der Datenbank des österreichischen Spitalskompasses generiert.

Folgende Informationen sind aktuell abrufbar:

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



Abbildung 15: Startseite kliniksuche.at (Quelle: www.kliniksuche.at)

## 7.2 Updates, Weiterentwicklung

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

Damit stehen seit 2018 neben Daten zu Leistungen und Diagnosen, die einer qualitativen Bewertung unterzogen werden (Anzahl behandelter Fälle, Kriterien für den Aufenthalt sowie Kriterien zum Krankenhaus), Informationen zum medizinischen Angebot, zur Hotelkomponente, zur Geburtshilfe sowie ein allgemeiner Überblick für jede Einrichtung zur Verfügung.

Im Regelbetrieb von kliniksuche werden jährlich mehrere Aktualisierungen vorgenommen:

- Einarbeitung der abgeschlossenen A-IQI Jahresschwerpunkte und
- Aktualisierung der Daten.

Wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, werden die jährlich festgelegten Jahresschwerpunkte in A-IQI nach Durchführung der Peer-Review-Verfahren mit der Veranstaltung „Peer-Review-Follow-Up“ im Herbst abgeschlossen. Danach erfolgt eine erste Diskussion in der A-IQI Steuerungsgruppe über die Aufnahme der Jahresschwerpunkte in kliniksuche.

Wie in der folgenden Abbildung dargestellt, werden danach die Schwerpunkte im Hinblick auf die Veröffentlichung analysiert, aufbereitet und erneut in der A-IQI Steuerungsgruppe



diskutiert. Die Entwicklung der Inhalte für A-IQI und klinische sucht findet im Wissenschaftlichen Beirat unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten (Wissenschaftliche Gesellschaften) im Auftrag der Steuerungsgruppe statt. Aktuell betrifft dies den abgeschlossenen Jahres-schwerpunkt Adipositas-Chirurgie.

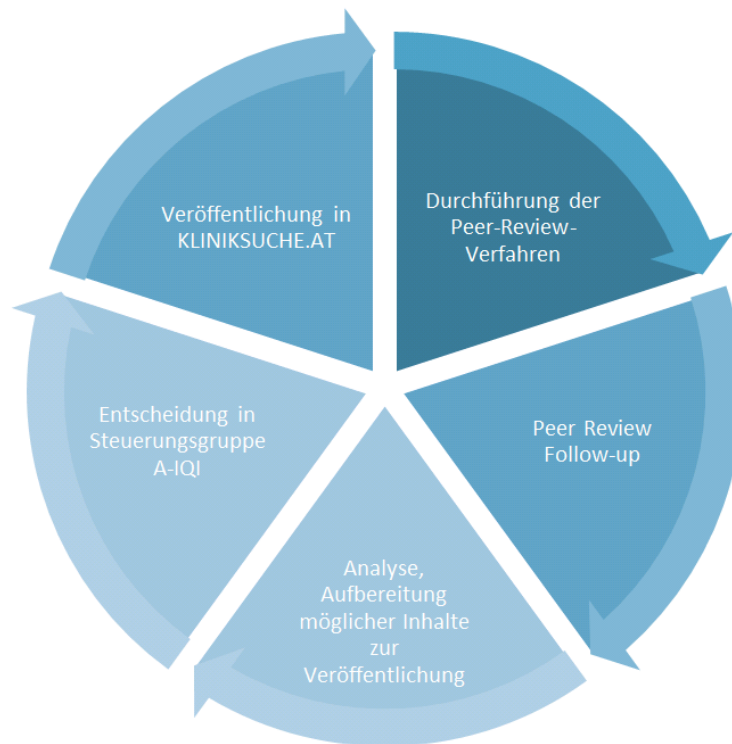


Abbildung 16: Weiterentwicklung kliniksuche.at

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)

### 7.3 Inhalte

#### Leistungen & Diagnosen

Zwei Drittel aller Operationen/Eingriffe sind aktuell beinhaltet. Eine Auflistung aller beinhalteten Leistungen und Diagnosen findet sich in der folgenden Abbildung.

<p><b>Kopf/Hals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grauer Star-Operation</li> <li>• Grüner Star-Operation</li> <li>• Mandeloperation (Kinder, Erwachsene)</li> <li>• Rachenpolypen-Operation</li> <li>• Schiel-Operation (Kinder, Erwachsene)</li> <li>• Schilddrüsen-Entfernung</li> <li>• Trommelfellschnitt</li> </ul>
<p><b>Herzkreislaufsystem/Gefäße</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufdehnung der Bauch- und Beingefäße mittels Ballon</li> <li>• Eingriff an der Hauptschlagader</li> <li>• Gefäß-Operationen im Halsbereich</li> <li>• Herzoperation Kinder</li> <li>• Herzschrittmacher</li> <li>• Aortenklappen-Implantation mittels Katheter</li> <li>• Krampfadern-Operation</li> <li>• Becken- / Beinarterien-Operation</li> <li>• Herzklappen-Operation</li> <li>• Operation der Herzkranzgefäße</li> <li>• Stentimplantation in Gefäße im Halsbereich</li> <li>• Herzfehler (angeboren) Kinder</li> <li>• Herzinfarkt</li> <li>• Koronarangiographie (alle, diagnostisch, therapeutisch, Kinder)</li> </ul>
<p><b>Bauch/Verdauungstrakt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gallenblasen-Entfernung</li> <li>• Leistenbruch (Kinder, Erwachsene)</li> </ul>
<p><b>Frauenheilkunde/Geburt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebärmutter-Entfernung</li> <li>• Gebärmutter-Ausschabung</li> <li>• Geburt</li> </ul>
<p><b>Bewegungsapparat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hüftprothese</li> <li>• Knieoperation arthroskopisch</li> <li>• Knieprothese</li> <li>• Hüftgelenknahe Fraktur</li> <li>• Hüftprothesen-Wechsel</li> <li>• Knieprothesen-Wechsel</li> </ul>
<p><b>Niere/Harnblase/Prostata</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blasen-Ausschabung über die Harnröhre</li> <li>• Blasen-Entfernung</li> <li>• Nieren-Entfernung</li> <li>• Nierenstein-Entfernung</li> <li>• Prostata-Entfernung bei Prostatakrebs</li> </ul>
<p><b>Nerven</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Karpaltunnelsyndrom-Operation</li> </ul>
<p><b>Lunge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lungenoperation (alle)</li> <li>• Lungenoperation bei Lungenkrebs</li> </ul>

Abbildung 17: Leistungen & Diagnosen

Die Leistungen und Diagnosen werden, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, je Krankenhaus in den folgenden Kategorien dargestellt:

- Anzahl Fälle,
- Kriterien für den Aufenthalt und
- Allgemeine Kriterien.



Abbildung 18: Kliniksuche.at – Beispielkrankenhaus Gebärmutterentfernung (Quelle: www.kliniksuche.at)

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

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

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

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

- Verweildauer in Tagen (Median, zusätzlich wird eine Zeitspanne angegeben, wie viele Tage der Großteil der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verbringt)
- Präoperative Verweildauer
- Operationstechnik
- Tagesklinik-Anteil

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

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

Jedes Einzelkriterium wird bewertet:

- ✗ nicht erfüllt
- teilweise erfüllt
- ✓ erfüllt.

## Krankenhäuser

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

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

## Abteilungen und Ambulanzen

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

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

## 7.4 Update 2019

Im Juni wurden wichtige inhaltliche Aktualisierungen in „Leistungen & Diagnosen“ vorgenommen.

Es erfolgte eine Integration von mehreren neuen Themengebieten. Die einzelnen Themen inklusive der dargestellten Inhalte in den Kriterien für den Aufenthalt sind wie folgt abgebildet:

- Herzinfarkt: Anzahl Fälle, Direktaufnahmen und Verlegungen, Verweildauer, Möglichkeit einer Koronarangiographie vorhanden ja/nein
- Koronarangiographie (alle): Anzahl Fälle, Verweildauer
- Koronarangiographie diagnostisch: Anzahl Fälle, Verweildauer
- Koronarangiographie therapeutisch: Anzahl Fälle, Verweildauer
- Koronarangiographie Kinder: Anzahl Fälle, Verweildauer
- Herzfehler (angeboren) Kinder: Anzahl Fälle, Verweildauer (ohne Bewertung)
- Lungenoperation (alle): Anzahl Fälle, Verweildauer
- Lungenoperation bei Lungenkrebs: Anzahl Fälle, Verweildauer
- Hüftgelenknahe Fraktur: Anzahl Fälle, Verweildauer, präoperative Verweildauer
- Hüftprothesen-Wechsel: Anzahl Fälle, Verweildauer
- Knieprothesen-Wechsel: Anzahl Fälle, Verweildauer

Neben der Integration der neuen Themengebiete wurden die Allgemeinen Kriterien inhaltlich und in der Darstellung grundlegend erneuert. Bis dahin gab es 6 Einzelkriterien und jedes dieser war ausschließlich mit einer direkten Frage aus der Qualitätsberichterstattung hinterlegt. Diese 6 Qualitätssicherungs-Instrumente (z.B. Patientinnen- und Patientenbefragung) waren als vorhanden bzw. nicht vorhanden bewertet.

Die Allgemeinen Kriterien wurden folgendermaßen adaptiert:

- 7 Einzelkriterien, weg von einzelnen wichtigen Qualitätssicherungs-Instrumenten zu wesentlichen Qualitätsthemen
- mehrere dahinterliegende Themen bzw. Fragen aus der Qualitätsberichterstattung
- 3 Bewertungskategorien (nicht erfüllt, teilweise erfüllt, erfüllt).

Ein Datenupdate wird es im Oktober geben, wo die LKF-Daten 2018 und die Ergebnisse der heuer freiwilligen Befragung zur Qualitätsberichterstattung beinhaltet sind. Eine Aktualisierung der Strukturdaten über den Spitalskompass erfolgt in Abstimmung mit der österreichischen Krankenanstalten-Liste und den Gesundheitsfonds laufend.

## 8 Ausblick 2020

Für das laufende Jahr wurden folgende Schwerpunkte festgelegt:

- Pneumonie,
- COPD und
- Herzinsuffizienz.

Neben Peer-Review-Verfahren zu diesen Schwerpunkten wurden auch für das Jahr 2020 bereits schwerpunktunabhängige Verfahren angekündigt und festgelegt.

Ein weiteres Thema betrifft die Peer-Review-Ergebnisse. Einzelne Verbesserungsvorschläge wiederholen sich in den Peer-Review-Verfahren unabhängig davon, welcher Schwerpunkt bearbeitet wird. Es stellt sich die Frage, was wir lernen können, wenn wir die Gesamtheit der Peer-Review-Ergebnisse themenübergreifend analysieren? Diese schwerpunktübergreifenden Verbesserungsmöglichkeiten oder einfach ausgedrückt, diese zentralen Themen in der Patientinnen- und Patientenbehandlung sollen 2020 im Detail analysiert werden

Auch für [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) werden stetig neue Inhalte ausgearbeitet. Neben der Integration des Schwerpunktes Adipositas-Chirurgie in Kliniksuche werden auch im Jahr 2020 Anfragen bearbeitet und bei Bedarf die zur Verfügung gestellten Informationen erweitert. Weiters sind mehrere Maßnahmen zur Nutzungssteigerung geplant wie einzelne Marketingaktivitäten (Kooperationen, Werbung etc.) und On-Page Optimierungen. Auch soll eine Automatisierung (LKF) der Information „Häufigste Leistungen und Diagnosen“ in den Abteilungsseiten erfolgen.

Zum dritten Mal findet darüber hinaus die bundesweite Erhebung aller Hüft- und Knieendoprothesen-Revisionen und Sentinel Todesfälle statt. Die Erhebung wird im Winter 2019 starten.

Es gibt auch weiterhin viel zu tun! Auf ein weiteres erfolgreiches Jahr!

## Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (2018): Statistiken zur Krankenversicherung, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2016. Bern. [http://www.bag-anw.admin.ch/2016\\_taglab/2016\\_spitalstatistik/data/download/qip16\\_publication.pdf?v=1519818211](http://www.bag-anw.admin.ch/2016_taglab/2016_spitalstatistik/data/download/qip16_publication.pdf?v=1519818211) (letzter Zugriff am 14.09.2019)
- Bundesärztekammer (2016): Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Berlin: Bundesärztekammer. [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M\\_Mk.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf) (letzter Zugriff am 14.09.2019)
- BMASGK (2018): Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall. Wien: BMASGK. [https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem\\_Qualitaetsversicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard\\_Integrierte\\_Versorgung\\_Schlaganfall](https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetsversicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard_Integrierte_Versorgung_Schlaganfall) (letzter Zugriff am 14.09.2019)
- Kozek, S. / Gütl, M. / Illievich, U. / Pachucki, A. / Kwasny, O. / Giurea, A. / Haushofer, A. / Watzke, H. (2016): Klinischer Pfad: Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten inkl. Ergänzungen. Wien: BMGF. [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/1/2/CH3970/CMS140914\\_5967287/klinischer\\_pfad\\_hueftnahe\\_frakturen.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/1/2/CH3970/CMS140914_5967287/klinischer_pfad_hueftnahe_frakturen.pdf) (letzter Zugriff am 14.09.2019)
- Kuhlen R. / Rink O. / Zacher J. (2010): Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Mansky, T. / Nimptsch, U. / Cools, A. / Hellerhoff, F. (2017): G-IQI German Inpatient Quality Indicators Version 5.1. Band 2. Definitionshandbuch für das Datenjahr 2017. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin. [https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI\\_51\\_Band\\_2\\_2017.pdf](https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/GIQI_51_Band_2_2017.pdf) (letzter Zugriff am 14.09.2019)
- Statistik Austria (2015): Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. Gesundheitsdeterminante Body Mass Index. [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheitsdeterminanten/bmi\\_body\\_mass\\_index/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html) (letzter Zugriff am 24.01.2019)
- 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/cms/site/attachments/7/5/0/CH3959/CMS138599\\_9778812/a-iqi\\_organisationshandbuch.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/5/0/CH3959/CMS138599_9778812/a-iqi_organisationshandbuch.pdf). (letzter Zugriff am 11.09.2019)
- Türk, S. / Amon, M. / Pesec, B. / Rath, I. / Vukic I. (2019a): Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten A-IQI. Indikatorenbeschreibung Version 2019. Wien: BMASGK. [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/2/9/CH3959/CMS141103\\_1157954/indikatorenbeschreibung\\_aiqi\\_2019.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/2/9/CH3959/CMS141103_1157954/indikatorenbeschreibung_aiqi_2019.pdf) (letzter Zugriff am 04.09.2019)
- Türk, S. / Heidinger, M. / Amon, M. (2018): Qualitätsberichterstattung in der Hüft- und Knieendoprothetik in Österreich – wie Routinedaten zur Analyse von Revisionen genutzt werden. Qualitätsmonitor 2019. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.