

2

IQM Methodik in Österreich – gesetzlich verankert

Margarita Amon und Ines Vukic

2.1 Überblick und Projekthistorie

Das Projekt Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

- ist ein Projekt der Gesundheitsreform,
- wird vom Gesundheitsministerium gesteuert,
- ist gesetzlich geregelt,
- enthält vier Arten von Indikatoren inkl. des Peer Review Verfahrens (PRV),
- arbeitet mit Jahresschwerpunktthemen,
- beinhaltet eine regelmäßige Berichtslegung.

Die Ergebnisqualitätsmessung auf Basis von Routinedaten existiert auf Bundesebene in Österreich seit mittlerweile zehn Jahren und basiert auf dem Beschluss der Gesundheitsreform 2013. Die Version 1.0 der österreichischen Indikatoren entstand 2010 in Zusammenarbeit zwischen dem Niederösterreichischen Krankenanstaltenträger und den Helios Kliniken. Die österreichweite Ausrollung des Projekts startete Mitte 2011 und ging 2014 in den Regelbetrieb über.



Die Teilnahme sowohl an der Qualitätsmessung als auch am PRV ist gesetzlich geregelt und die Teilnahme für alle Akutkrankenanstalten verpflichtend.

2.2 Organisation und Verantwortlichkeiten

Für die Arbeiten zum Thema A-IQI wurden eine Geschäftsstelle im Gesundheitsministerium (BMSGPK) und zwei Arbeitsgruppen – Steuerungsgruppe und Wissenschaftlicher Beirat – eingerichtet. Die Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertreter:innen von BMSGPK, Gesundheitsfonds und Sozialversicherung, trifft die grundsätzlichen Entscheidungen und setzt neue Impulse für das Projekt. In der Indikatoren(weiter)entwicklung wird die Steuerungsgruppe von einem Wissenschaftlichen Beirat unterstützt.

- !** Die Indikatorenentwicklung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften.

Die Geschäftsstelle leitet die Steuerungsgruppe und den Wissenschaftlichen Beirat und übernimmt viele grundlegende Arbeiten im System. Die Sitzungen der Arbeitsgruppen finden jeweils vier- bis fünfmal jährlich statt. Die Gesundheitsfonds und die Sozialversicherung (für Unfallkrankenhäuser) fungieren als Kommunikationsdrehscheibe zwischen der Steuerungsgruppe und den Krankenanstalten. Die Verantwortlichkeiten und auch die Zusammenarbeit der einzelnen Beteiligten sind in einem Organisationshandbuch festgehalten (Türk et al. 2019).

Der jährliche Zyklus für die festgelegten Jahresschwerpunkte startet nach Aktualisierung der Indikatorenversion im Mai/Juni mit der Indikatorenauswertung und -analyse und endet mit dem Peer Review Follow-up:

- Juli: Fertigstellung Auswertungsprogramm QDok, Indikatorenauswertung mit aktuellsten Daten, Erstanalyse und Versand
- Juli: Zusammenfassung der Auffälligkeiten aus allen Indikatoren je Krankenanstalt, Erstellung und Versand der Rückmeldebögen Kodierung zu Auffälligkeiten aus den Jahresschwerpunkten
- September: Auswertung der Rückmeldebögen Kodierung, Bekanntgabe etwaiger schwerpunktunabhängiger Verfahren und Festlegung der PRV in der Steuerungsgruppe
- Oktober: Information der Krankenanstalten und danach Terminfindung sowie Fallauswahl
- Dezember bis September: PRV
- September/Oktober des Folgejahres: Abschluss der Jahresschwerpunkte im Peer Review Follow-up

Die Vorbereitung der darauffolgenden Jahresschwerpunkte startet überlappend erneut im Juli.

2.3 Indikatoren

Die G-IQI Version 2.5 war 2010 das initiale A-IQI-Indikatorenset, das in den österreichischen Kontext „übersetzt“ wurde. Die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren mündet jährlich in einer neuen Indikatorenversion.

Seit der Version 1.0 ist viel passiert. Wie in Abbildung 1 dargestellt, sind neben den regulären Qualitätsindikatoren, welche international mit G-IQI abgestimmt werden, drei weitere Arten von Indikatoren in das A-IQI-Projekt integriert worden:

- Zusatzauswertungen
- Indikatoren zur Versorgungsqualität und -dichte
- Indikatoren aus den bundesweiten Qualitätsregistern

Sie unterscheiden sich grundsätzlich in der Datenbasis und den technischen Hintergründen (s. Abb. 1).

Mit Ausnahme der Qualitätsregister werden LKF-Abrechnungsdaten (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) als Datengrundlage herangezogen. Auf die einzelnen vier Arten der Indikatoren im A-IQI-Projekt wird in den nachfolgenden Kapiteln 2.3.1–2.3.4 detailliert eingegangen.

Für die Kennzahlen mit Zielbereich werden Bundesdurchschnitte, Erwartungswerte oder anerkannte internationale Vorgaben als Vergleichsbasis herangezogen. Im Bereich Mindestmengen gelten die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit. Zur übersichtlicheren Darstellung der Auffälligkeiten werden für die Kennzahlen mit Zielbereich auch Konfidenzintervalle berechnet und eine Kategorisierung nach dem Ampelsystem in nicht auffällig (grün), nicht signifikant auffällig (gelb) oder signifikant auffällig (rot) vorgenommen. Bei Sentinel-Indikatoren, also Kennzahlen mit einer sehr geringen Sterblichkeit, z.B. Hüftgelenkersatz elektiv oder Hysterektomie bei gutartiger Erkrankung, führt bereits ein Todesfall zu einer roten Ampel, auch wenn



Abb. 1 Vier Arten von Indikatoren

die statistische Signifikanz fehlen sollte. Dies gilt auch, wenn die Mindestmengen nicht erreicht werden.

2.3.1 Reguläre Qualitätsindikatoren

Das reguläre Indikatorenset ist aktuell mit der G-IQI Version 5.3 abgestimmt. Die internationale Abstimmung und Vergleichbarkeit hat eine hohe Priorität im A-IQI-Projekt. Die Neuerungen in G-IQI werden jährlich im Detail im Wissenschaftlichen Beirat diskutiert und Empfehlungen bzgl. der Übernahme werden erarbeitet. Es gibt immer wieder einzelne Indikatoren, die aufgrund der Unterschiede zwischen DRG und LKF nicht übersetzt werden können. Der Leistungskatalog im DRG ist sehr viel detaillierter als jener in der LKF und auch der ICD-Katalog enthält jeweils länderspezifische Adaptationen. Beispielsweise existieren in der LKF weder eine Differenzierung nach roboterassistierten Eingriffen in der Urologie noch Diagnosen zum Barthel-Index, weshalb bspw. die entsprechen-

den Indikatoren der Bereiche Altersmedizin und Roboterassistierte Eingriffe nicht Teil des A-IQI-Indikatorensets sind.

A-IQI kann direkt Änderungen im Abrechnungssystem LKF erwirken. Beispiele für neu hinzugekommene Diagnosen oder Zusatzinformationen sind: present on admission bei Pneumonie, Revisionsgründe bei Hüft-/Knieprothesenexplantation, RANKIN, FEV₁, NYHA.

Um neue zentrale Themen in A-IQI einzubringen (z.B. Patient Blood Management), eine risikodifferenziertere Darstellung zu ermöglichen (z.B. Intensivaufenthalte nach SAPS-Gruppen) oder mehr potenzielle Einzelfälle für PRV zu generieren (z.B. abnorme Verläufe), wurden im Wissenschaftlichen Beirat diverse Indikatoren für das reguläre Indikatorenset entwickelt:

- Anteil Todesfälle: Linksherzinsuffizienz nach NYHA-Stadium, community- und hospital-acquired pneumonia, Intensivaufenthalte sowie Beatmungsfälle nach SAPS-Gruppen, Sentinel-Indikatoren gesamt

- Anteil Re-Operation: Cholezystektomie, Kolonresektion, Magenresektion, Adipositas-Chirurgie
- Anteil abnorme Verläufe: Resektionen von Lunge oder Bronchien, Hysterektomie, Hüftendoprothesen-Erstimplantation, Hüftgelenknahe Fraktur, Nephrektomie und partielle Nephrektomie, TUR der Blase und Prostata, Zystektomie, Radikale Prostatovesikulektomie
- Anteil Intensivaufenthalte ≥ 2 Nächte: Laparoskopische Cholezystektomie, Hernien-Operation, Appendektomie, Resektion der Schilddrüse
- Hüftprothese/Knieprothese-Revisionen, Anteil Revisionsgründe: Infektion/Synovitis, Luxation, Bruch, Lockerung, Periprothetische Fraktur, Materialabrieb, Schmerzen unklarer Genese
- Anteil Transfusionen: Hüft-/Knieendoprothesen-Erstimplantation

Die Fälle mit abnormen Verläufen basieren auf den Kriterien postoperativer Intensivaufenthalt, Wiederaufnahme auf eine Intensivereinheit, postoperative Beatmung, überdurchschnittlich lange Verweildauer, Todesfälle und Re-Operation.

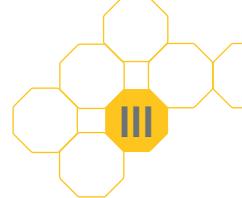
2.3.2 Zusatzauswertungen

Neben der Aufenthaltsebene, die im Rahmen der regulären A-IQI Indikatoren betrachtet wird, ist die Auswertung von Behandlungsverläufen durch das im Jahr 2015 in Kraft getretene „Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen“ ab dem Datenjahr 2015 möglich und mit den Zusatzauswertungen mittlerweile ein wesentlicher Bestandteil des A-IQI-Projekts. Für die fünf Zusatzauswertungen werden zum überwiegenden Teil jahresübergreifende pseudonymisierte Daten herangezogen. Ähnlich dem QSR-Projekt in Deutschland werden bspw. Wiederaufnahmen und Re-Operationen ausgewertet.

Folgend wird jede Zusatzauswertung kurz beschrieben und ein ausgewählter Indikator angeführt:

- **Akutgeriatrie/Remobilisation:** Die Zusatzauswertung beinhaltet die beiden Abteilungstypen Akutgeriatrie/Remobilisation und Remobilisation/Nachsorge. Es werden primäre und sekundäre Aufenthalte ausgewiesen und Todesfälle, Wiederaufnahmen und akute Wiederaufnahmen zu drei ausgewählten Krankheitsbildern dargestellt. (Hüftgelenknahe Fraktur, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen)
- **Augenheilkunde:** Es werden Katarakt-, Schiel- und Glaukom-Operationen einbezogen und vor allem Wiederaufnahmen und Re-Eingriffe ausgewertet. (Katarakt-Operationen, Anteil Vitrektomie innerhalb von 30 Tagen)
- **HNO:** Die Auswertung umfasst Wiederaufnahmen und Re-Operationen zur Tonsillektomie, Tonsillotomie, Nasennebenhöhlen-Chirurgie und Adenotomie. Für Operationen an der Parotis und Operationen bei bösartiger Neubildung werden Mengeninformatoren angegeben. (Tonsillektomie, Anteil Re-Operation aufgrund einer Nachblutung innerhalb von zwei Wochen)
- **Gynäkologie/Geburtshilfe:** Die Zusatzauswertung enthält die beiden Themenbereiche Neugeborene und Gynäkologie. (Folgeresektionen nach brusterhaltenden Mamma-Resektionen innerhalb von drei Monaten)
- **Hüft-/Knieprothese-Revisionen:** Es werden Revisionsraten bei Hüft- und Knieendoprothesen mit unterschiedlichen Zeitspannen betrachtet. (Hüftendoprothesen Erst-OP, Anteil Revisionen innerhalb von zwölf Monaten)

Bei der Betrachtung von Behandlungsverläufen über mehrere Datenjahre ist die Erarbeitung der Indikatorendefinitionen äußerst komplex und viele Details für Erst- bzw. Folgeaufenthalte müssen bedacht werden (z.B. Definition Ersteingriff, Todesfall im Rahmen des Erstaufenthalts, wesentliche Änderungen in der LKF). In der Indikatorenbeschreibung, [downloadbar auf](#)



der Ministeriumswebsite (www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/Qualitaetsindikatoren.html) sind alle Einzelindikatoren nachlesbar.

2.3.3 Versorgungsqualität, -dichte

Ziel dieser Analysen ist es, potenzielle Situationen von Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu erkennen, um in weiterer Folge steuernd eingreifen zu können. Die regionalen Unterschiede bei Eingriffs- und Diagnosehäufigkeiten sind seit 2022 Teil des A-IQI-Prozesses. Um der Komplexität (viele Einflussfaktoren und hoher Erklärungsbedarf) des Themas gerecht zu werden, wurde ein Analyseprozess erarbeitet, der acht Schritte umfasst (von der Festlegung der Themen bis zur Einleitung von Maßnahmen wie z.B. dem PRV). Es werden nicht ausschließlich Behandlungs- bzw. Diagnosezahlen betrach-

tet, sondern darüber hinaus auch strukturelle und medizinische Faktoren, die Einfluss auf die Häufigkeit der Erbringung haben können, sowie ein zeitlicher Verlauf der Behandlungs- bzw. Eingriffszahlen einbezogen. Die ersten Auswertungen erfolgen zu den Operationen Hysterektomie, Hüftprothese, Knieprothese, Knie-Arthroskopie, Katarakt und Adipositas-Chirurgie.

Die einzelnen Kennzahlen, wie etwa die Versorgungsdichte (VDichte) pro 1.000 Einwohner:innen, werden nach Standort der Leistungserbringung (Krankenanstalt) und Wohnort der Leistungsempfänger:innen (Wohnbezirk) ausgewertet und, wie in Abbildung 2 ersichtlich, tabellarisch sowie grafisch via Landkarte dargestellt.

Ebenso wie bei den anderen A-IQI Indikatoren soll das Thema der Versorgungsdichte zukünftig als Aufgreifkriterium für PRV herangezogen werden. Ein erstes Verfahren auf Basis von Versorgungsdichten hat bereits zum Thema

A-IQI – Analyse Versorgungsqualität Hüftprothese

Auswertungszeitraum: 01.01.2019 bis 31.12.2019

Leistungs- bzw. Diagnoserbringer (Standort)					Leistungs- bzw. Diagnosenempfänger (Wohnort)				
Standort	Istwert	Istwert (standardisiert)	Einzugsgebiet	VDichte pro 1.000 EW	Wohnbezirk	Istwert	Istwert (standardisiert)	Einwohner	VDichte pro 1.000 EW
Krankenhaus 1	148	138	75.590	1,82	Wohnbezirk 1	14	14	14.637	0,95
Krankenhaus 2	149	127	64.628	1,96	Wohnbezirk 2	4	3	1.940	1,60
Krankenhaus 3	98	88	45.715	1,93	Wohnbezirk 3	36	31	17.066	1,79
Krankenhaus 4	34	30	15.364	1,98	Wohnbezirk 4	78	72	39.925	1,80

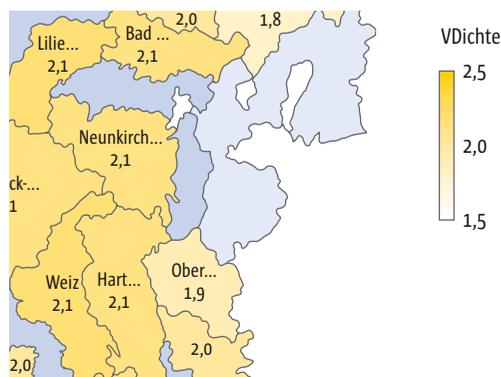


Abb. 2 Versorgungsdichte: Beispieldarstellung

Appendektomie stattgefunden, wobei deutlich wurde, dass PRVs ein geeignetes Mittel zur Analyse und Steuerung dieser sensiblen Thematik darstellen.

2.3.4 Qualitätsregister

Ein bedeutender Meilenstein war der Einbezug bestehender Qualitätsregister in den A-IQI-Prozess. In Österreich existieren vier bundesweite Qualitätsregister. Datenquelle hierfür sind nicht die LKF-Daten, sondern Eingaben der Krankenanstalten in eigene Dokumentationssysteme oder Webapplikationen der Gesundheit Österreich GmbH. Bezüglich des aktuellen Jahreschwerpunkts Schlaganfall wurden mit den Indikatoren aus dem Stroke-Unit-Register erstmals auch Registerdaten als Aufgreifkriterium für die Peer Review Auswahl herangezogen.

Folgend wird jedes Register kurz beschrieben und ein ausgewählter Indikator angeführt:

- **Herzchirurgie:** Im Erwachsenen-Herzchirurgie-Register werden die Daten aller registerrelevanten herzchirurgischen Operationen bei erwachsenen Patient:innen erfasst und Komplikationen ausgewertet. (Performance-Ratio bei isolierter Bypass-Operation)
- **Hüft-/Knieprothese-Revisionen:** Es erfolgt eine Erfassung jedes Revisionsfalles bei Hüft- und Knieendoprothese. Alle notwendigen Daten werden aus der LKF einbezogen und es müssen nur noch die darüber hinaus zusätzlich benötigten Informationen eingegeben werden. Diese ergänzenden Daten betreffen vor allem Komorbiditäten, Komplikationen und die Stehzeit der Prothese. (Knieprothesen-Revision, Anteil Komplikation Nervenverletzung)
- **Schrittmacher/ICD/Looprecorder:** Dieses Register umfasst Komplikationen und die Möglichkeiten einer telemedizinischen Nachsorge bei den drei Implantaten. (Herzschrittmacher-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion)
- **Stroke-Unit:** Neben vielen Prozessindikatoren werden auch Komplikationen und Erfolgs-

quoten bei Patient:innen der Stroke-Unit ausgewertet. (Door to Needle Time \leq 60 Min)

Die Steigerung der Vollständigkeit und Datenqualität der Registerdaten ist durchaus herausfordernd und aufwändig. Für das Stroke-Unit-Register wird derzeit ein Dokumentationsleitfaden erarbeitet, um dies zu erreichen. Neben den einzelnen Qualitätsindikatoren in den Registerauswertungen ist in jedem der vier Register immer auch die Vollständigkeit der Eingaben angegeben (Vergleich Fälle LKF und Fälle Register). Thematisiert wird auch, dass entsprechende Fälle ohne Registereingabe nicht mehr zur Gänze in der LKF abgerechnet werden können.

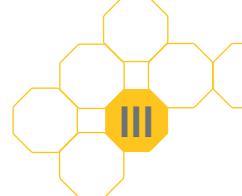
2.4 Peer Review Verfahren

Bis dato wurden in 24 Schulungen über 200 Peers für den Einsatz in A-IQI geschult. Interessierte werden entweder über den Gesundheitsfonds oder die Wissenschaftlichen Gesellschaften angemeldet. Sowohl die Schulung als auch die Reisekosten für die Peers werden aus dem Budget der Bundesgesundheitsagentur (Gesundheitsreform) finanziert. Die Verfahren in Österreich sind inhaltlich stark an jene von IQM angepasst. In der Vor- und Nachbereitung werden viele Schritte im BMSGPK zentral vorgenommen, z.B. zumeist die Fallauswahl (alternativ Gesundheitsfonds), die Terminkoordination und die Reisekostenabrechnung.

- **Ein wesentliches Erfolgskriterium ist jenes, dass alle Entscheidungsträger:innen eingebunden sind.**

Bspw. sind im Abschlussgespräch auch Vertreter:innen des Krankenanstaltenträgers und Gesundheitsfonds vor Ort.

Im A-IQI-Projekt werden jährlich Themenschwerpunkte festgelegt, zu denen die PRV stattfinden. Zusätzlich zu diesen können auch schwerpunktunabhängige Verfahren einge-



plant werden. Seit 2017 wurden folgende Jahresschwerpunkte fixiert:

- 2017: Operationen an der Lunge, Kolorektale Operationen, Intensiv/Beatmung
- 2018: Hüftgelenknahe Fraktur
- 2019: Adipositas-Chirurgie
- 2020: PRV abgesagt
- aktuell: Neugeborene/Geburtshilfe und Schlaganfall
- nächste: Herzinsuffizienz, Bauchchirurgie

Nach Abschluss des Verfahrens wird Feedback von Seiten des Krankenhauses und der Teamleitung eingeholt. Die Rücklaufquote liegt meist bei 90–100% und die Feedbackergebnisse sind über die letzten Jahre hinweg sehr positiv. Bei einer Bewertungsmöglichkeit von 1–5 lag 2019 die schlechteste durchschnittliche Bewertung einer Frage bei 2,1. Ergebnisse zu wesentlichen Fragen sind in Tabelle 1 zu finden.

Es wurden von den Krankenhäusern und Peers 2019 auch mehrere Verbesserungsvorschläge eingebracht, welche zu folgenden Anpassungen/Maßnahmen führten:

- Verlängerung der Mindestvorbereitungszeit für das Krankenhaus (Versand der Falllisten) von vier auf sechs Wochen
- Vereinfachung der Bewertungskategorien auf 1/2/3 (bisher 1a/1b, 2a/2b, 3)

- Verbesserung der Kommunikation zwischen BMSGPK und Peer Review Team bei schwerpunktunabhängigen Verfahren
- Einleitung von Verbesserungen bzgl. nicht angesprochener Fälle im Kollegialen Dialog (Peer Schulung, Anpassung im Feedbackbogen)

Nach Abschluss der Jahresschwerpunkte findet im Herbst das Peer Review Follow-up statt, in dem alle Ergebnisse aus den aktuellen Verfahren mit den Involvierten und den Wissenschaftlichen Gesellschaften diskutiert und gemeinsam Vorschläge zu bundesweiten Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet werden. Es entstanden dabei etwa der Klinische Pfad „Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten“ oder der Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall (BMASGK 2020; BMASGK 2018).

2.5 Monitoring

Wie verändern sich die Qualitätsindikatoren-Ergebnisse nach den PRVs? Wie entwickelt sich die Umsetzung der vorgeschlagenen Peer Review Maßnahmen?

In einem Monitoring-Prozess erfolgt die Bearbeitung dieser beiden Fragestellungen. Im

Tab. 1 Ausschnitt Feedbackergebnisse Peer Review Verfahren

Feedback Krankenhaus	Feedback Teamleitung
Waren die Anforderungen bzw. Aufgaben Ihrer Abteilung eindeutig dargestellt? 1,3	Wie schätzen Sie die Akzeptanz des Krankenhauses in Bezug auf das PRV ein? 1,0
Hatten sich aus Ihrer Sicht die Peers umfassend und intensiv mit den Fällen beschäftigt? 1,1	Wie ist das PRV aus Ihrer Sicht gelungen? 1,0
Hat sich das Peer Review Team kollegial und kooperativ präsentiert? 1,1	
War die Analyse für Sie bzw. Ihre Abteilung hilfreich? 1,7	
Sind die dargestellten Vorschläge zur Optimierung für Sie umsetzbar? 2,0	

Ergebnis-Monitoring wird die Entwicklung des Qualitätsindikatoren-Ergebnisses (Entwicklung der Ampelfarbe) nach einem PRV über mehrere Jahre, vom Ausgangsjahr bis zum aktuellsten Datenjahr, beobachtet. Nach Ablauf der Umsetzungsfrist des Maßnahmenplans werden im Maßnahmen-Monitoring auf Basis des Protokolls vom Review-Team der Umsetzungsgrad und die Umsetzungsdetails anhand eines standardisierten Formulars ermittelt. Im Anschluss an die Rückmeldung der Krankenanstalt erfolgt eine Bewertung dieser durch den Gesundheitsfonds. Monitort wird einmal jährlich (maximal drei Schleifen je PRV). Dies ermöglicht die Überprüfung des Umsetzungsgrades sowie darauf aufbauend die Wirksamkeit der Maßnahmen und soll die Nachhaltigkeit des Gesamtsystems sicherstellen. Ist die Veränderung nicht zufriedenstellend, können Re-Verfahren veranlasst werden.

- 
Durch den Einbezug aller Entscheidungsträger:innen in den Peer Review Prozess wird ein hoher Umsetzungsgrad der vorgeschlagenen Maßnahmen erreicht.

2.6 Veröffentlichung von Qualitätsdaten

Bei der Veröffentlichung von Qualitätsdaten stehen wir in Österreich gewiss erst am Anfang. A-IQI ist jedoch das Leuchtturmprojekt, mit dem Thema Transparenz als wesentlichem Projektinhalt. Qualitätsdaten werden dort auf zwei Ebenen publiziert: über einen jährlichen Bericht für die Zielgruppe der Expert:innen und die Website www.kliniksuche.at für interessierte Bürger:innen.

Der jährliche Projektbericht wird auf der Website des BMSGPK veröffentlicht und umfasst einen Überblick zu allen Tätigkeiten im Projekt (z.B. PRV-Ergebnisse, Monitoring, bundesweite Verbesserungsmaßnahmen, Neuerungen bei *Kliniksuche*) und beinhaltet auch alle Indikatoren-Ergebnisse auf Bundesebene.

Kliniksuche ist ebenfalls ein Produkt aus dem A-IQI-Projekt mit Release im April 2016 und verfolgt folgende Ziele:

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

Die Konzepterarbeitung erfolgte gemeinsam mit der Fachhochschule Steyr. Es wurde eine empirische Analyse zu den Themen Einstellung zu Qualitätsdatenpublikation und konkreten Nutzungsbedingungen mit 300 Interviews sowie ein Usability Test mit Anwendung verschiedenster Methoden wie Eye-Tracking oder Think-Aloud durchgeführt. Wesentliche Informationen für die Tester:innen waren Angaben dazu, wie häufig eine Operation in dem Krankenhaus durchgeführt wird und wie lange der Aufenthalt im Krankenhaus dauert. Beides wurde in die Webapplikation integriert.

Folgende Themen sind aktuell abrufbar: Informationen zu ausgewählten Leistungen/Diagnosen (inkl. Bewertung) sowie zu den einzelnen Krankenhäusern, Abteilungen und Ambulanzen. Zwei Drittel des operativen Leistungsgeschehens sind in *Kliniksuche* abgebildet, wie z.B. Grauer-Star-Operation, Gallenblasenentfernung oder Hüftprothese. Dargestellt werden Kennzahlen wie Fallzahl, Verweildauer, OP-Technik, Tagesklinik und Details zum Qualitätsmanagement. Ein Beispiel findet sich in Abbildung 3. Als Datengrundlage dienen die LKF-Abrechnungsdaten, die Eingaben der gesetzlich geregelten Qualitätsberichterstattung sowie Eingaben in eine eigens dafür installierte Strukturdatenbank.

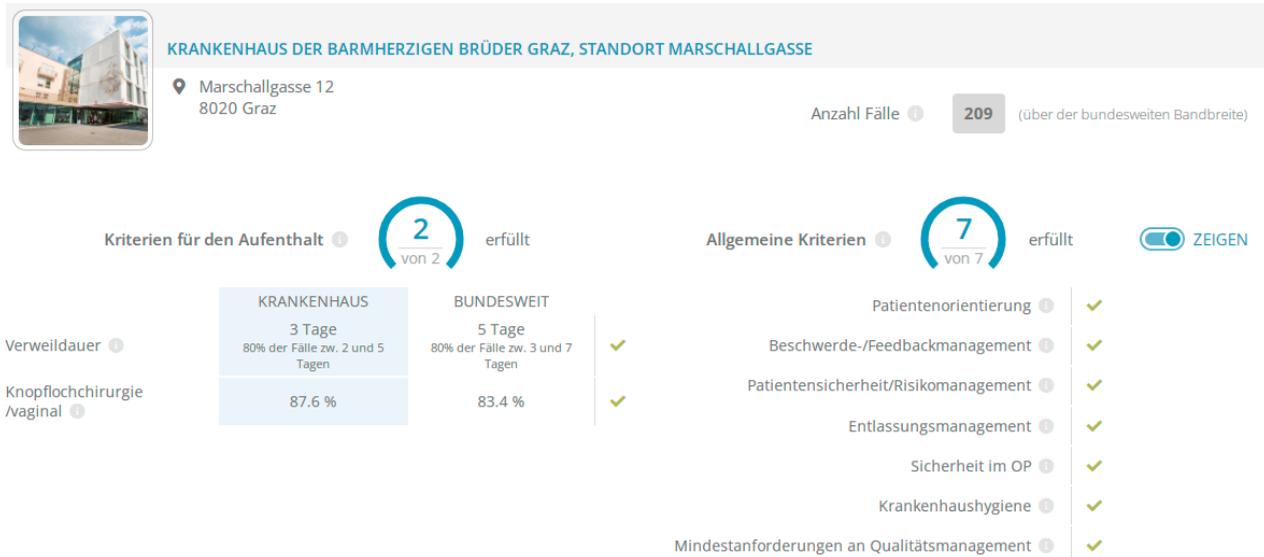


Abb. 3 Kliniksuche: Beispielkrankenhaus Hysterektomie

! Sowohl die Themengebiete als auch die einzelnen Kennzahlen werden in regelmäßigen Abständen erweitert.

Derzeit wird an einem Konzept gearbeitet, um die Transparenz von Qualitätsdaten weiter zu erhöhen.

2.7 Aktuelle und zukünftige Themen

Wie auch bei IQM ist der Einbezug weiterer Berufsgruppen in die PRV in Planung. Ein Konzept ist aktuell in Ausarbeitung.

Die Qualitätssicherung im niedergelassenen ärztlichen Bereich steht auf dem Prüfstand. Auf Basis eines gesetzlichen Auftrages erfolgte eine Evaluierung und Handlungsempfehlungen basierend auf vorliegenden rezenten Publikationen, Erhebungen bei Stakeholdervertretungen und Perspektiven internationaler Experten wurden erarbeitet. Diese sollen eine grundlegende Diskussion auf politischer und inhaltlicher Ebene anstoßen. Es gilt insbesondere, die

Datengrundlagen (z.B. Diagnosencodierung) zu schaffen, um ein System zur Ergebnisqualitätsmessung im niedergelassenen Bereich inkl. Transparenz aufzubauen.

Eine große Herausforderung ist die Verschränkung wesentlicher bundesweiter Qualitäts- und Steuerungsinstrumente, um deren Schlagkraft zu erhöhen und so das grundlegende Ziel zu erreichen – die Steigerung der Behandlungsqualität und Patient:innensicherheit. Als Beispiele wären hier etwa das Einbringen der Ergebnisse der PRV in andere Projekte oder die Indikatorenentwicklung auf Basis der Handlungsempfehlungen aus Qualitätsstandards zu nennen.

Literatur

BMASGK (2018) Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall. Wien: BMASGK. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard-Integrierte-Versorgung-Schlaganfall.html> (abgerufen am 30.05.2022)

III IQM international

BMASGK (2020) Klinischer Pfad: Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patientinnen und Patienten (Version 2020). Wien: BMASGK. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Qualitaetsstandards/Klinischer-Pfad-Behandlung-hueftnaher-Frakturen-bei-zuvor-oral-antikoagulierten-Patientinnen-und-Patienten.html> (abgerufen am 30.05.2022)

Türk S, Amon M, Rath I, Vukic I (2019) Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) Organisationshandbuch. Organisationsablauf und Systembeschreibung. Wien: BMASGK. URL: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:eaad7c2b-7055-4345-b911-3b544ae82333/a-iqi_organisationshandbuch.pdf (abgerufen am 30.05.2022)



Margarita Amon, M.Sc.

Gesundheits- und Krankenschwester, Bachelorstudium Gesundheitsmanagement und Masterstudium Patientensicherheit und Qualität. Seit 2008 im Qualitätsmanagement tätig, Aufbau A-IQI und Peer Review Verfahren in Niederösterreich, seit 2014 im A-IQI-Team im Gesundheitsministerium (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz).



Ines Vukic, M.Sc.

Studium der Volkswirtschaftslehre an der Wirtschaftsuniversität Wien. Seit 2017 Mitarbeiterin der Abteilung Qualität im Gesundheitssystem, Gesundheitssystemforschung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.