

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Bericht 2021

Abgenommen durch die Bundes-
Zielsteuerungskommission am 8. April 2022

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1

1010 Wien

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

Mitglieder der A-IQI Steuerungsgruppe:

Landesgesundheitsfonds, Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Mitarbeit (alphabetisch):

Margarita Amon, MSc (BMSGPK)

Mag. Gerhard Embacher (BMSGPK)

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Ingrid Rath (BMSGPK)

Mag. Patrizia Theurer (BMSGPK)

Ines Vukic, MSc (BMSGPK)

Wien, im März 2022

Management Summary

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

- Indikatoren: Ermittlung von Auffälligkeiten, Peer-Review-Verfahren: Identifizierung von Optimierungspotential.
- Einbezogene Auswertungen: Reguläre Qualitätsindikatoren, Zusatzauswertungen und Indikatoren aus den bundesweiten Qualitätsregistern.
- Inpatient Quality Indicators (IQI): Die IQI (reguläre Qualitätsindikatoren) werden in Österreich, Deutschland und der Schweiz angewandt. Dies ermöglicht einen 3-Länder-Vergleich der Ergebnisse.
- Berichtslegung: erfolgt auf 2 Ebenen
 - Expert:innen– jährliche Erarbeitung eines A-IQI Berichts
 - Bürger:innen– www.kliniksuche.at.
- Peer-Review-Verfahren 2021: Aufgrund der COVID-19 Pandemie wurden im Jahr 2021 keine Peer-Review-Verfahren durchgeführt. Im Jahr 2022 sollen die Peer-Review-Verfahren zu folgenden Jahresschwerpunkten wiederaufgenommen werden:
 - Geburtshilfe
 - Schlaganfall (Neurologie).

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	II
Abkürzungen	III
1 System A-IQI.....	1
1.1 Weiterentwicklung, Regelkreis in A-IQI.....	1
1.2 Überblick Indikatoren, Ergebnisse.....	3
1.2.1 Reguläre Qualitätsindikatoren	3
1.2.2 Zusatzauswertungen	5
1.2.3 Qualitätsregister.....	6
1.3 Peer-Review-Verfahren	6
2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse Version 2021 / Vergleich Deutschland und Schweiz.....	10
2.1 Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung.....	10
2.2 Lesebeispiel Qualitätsindikator	13
2.3 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse – reguläre A-IQI Indikatoren	14
2.4 Qualitätsindikatoren Ergebnisse – Zusatzauswertungen	29
2.4.1 Augenheilkunde	29
2.4.2 Gynäkologie und Geburtshilfe.....	30
2.4.3 Prothesen-Revisionen	33
2.5 Qualitätsindikatoren Ergebnisse – Qualitätsregister.....	34
2.5.1 Herzchirurgie-Register.....	35
2.5.2 Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder	37
2.5.3 Stroke-Unit-Register.....	38
3 Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen aus den Peer-Review-Verfahren.....	41
3.1 Hüftgelenknahe Frakturen.....	41
3.2 Schlaganfall.....	42
3.3 Cholezystektomie	43
3.4 Urologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie.....	44
4 www.kliniksuche.at.....	46
4.1 Grundlagen	46
4.2 Inhalte	47
4.3 Updates, Weiterentwicklung.....	49
5 Veröffentlichung von Qualitätsdaten	51
5.1 Überblick.....	51
5.2 Empfehlungen, weiteres Vorgehen	52
6 Ausblick 2022	53
Literatur.....	54

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013).....	2
Abbildung 2: 3-stufige Schlaganfalldokumentation (Quelle: BMSGK 2018).....	43
Abbildung 3: 8 Themengebiete kliniksuche.at (Quelle: BMSGPK)	47
Abbildung 4: Kliniksuche.at – Beispielkrankenhaus Gebärmutterentfernung.....	48
Abbildung 5: Weiterentwicklung kliniksuche.at.....	50
Tabelle 1: Überblick Qualitätsindikatoren.....	3
Tabelle 2: Überblick neue Indikatoren und Modifikationen der Version 2021.....	5
Tabelle 3: Überblick Peer-Review-Verfahren	7
Tabelle 4: Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens	7
Tabelle 5: Analyse Kriterien.....	9
Tabelle 6: Qualitätsindikatoren-Ergebnisse, Erklärung einzelne Spalten	11
Tabelle 7: Lesebeispiel Qualitätsindikator	13
Tabelle 8: Zuordnung Zielgruppe zu bestehenden Instrumenten.....	52

Abkürzungen

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

1 System A-IQI

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

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

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

Die Entwicklung und Weiterentwicklung von Indikatoren findet im Wissenschaftlichen Beirat statt. Am Wissenschaftlichen Beirat nehmen Vertreter:innen aus den Landesgesundheitsfonds, den Krankenanstaltenträgern, den Krankenanstalten (KA), dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und dem BMSGPK teil. Zusätzlich werden je nach Themengebiet Expert:innen aus den jeweiligen Wissenschaftlichen Gesellschaften beigezogen.

Im BMSGPK in der Abteilung für Qualität im Gesundheitssystem, Gesundheitssystemforschung liegt die Organisation für das System. Das BMSGPK leitet die Steuerungsgruppe und den Wissenschaftlichen Beirat und übernimmt operative Aufgaben im System.

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

Jährlich findet im Herbst eine Peer-Review-Schulung für neue Peers und das Peer-Review-Follow-Up statt. Im Follow-up werden alle Ergebnisse aus den aktuellen Peer-Review-Verfahren gemeinsam mit den Involvierten und den Wissenschaftlichen Gesellschaften diskutiert, und bundesweite Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet. 2020 und 2021 fanden diese beiden Fixpunkte erstmals aufgrund von COVID-19 nicht statt.

1.1 Weiterentwicklung, Regelkreis in A-IQI

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

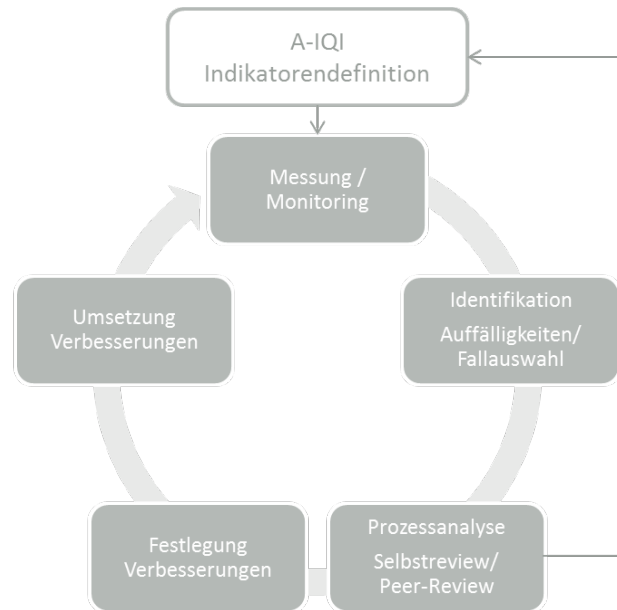


Abbildung 1: Regelkreis A-IQI (Quelle: adaptiert nach Mansky et al. 2013)

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

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

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

Prozessanalyse: Die zentral ausgewählten Fälle werden durch die jeweiligen Abteilungen einem internen Selbstreview unterzogen. Danach findet die Fremdanalyse im Peer-Review-Verfahren statt. Details zum Ablauf finden sich in Kapitel 1.3.

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

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

1.2 Überblick Indikatoren, Ergebnisse

Neben den regulären Qualitätsindikatoren sind mittlerweile mehrere andere Kennzahlen wie jene aus den Zusatzauswertungen und Qualitätsregistern im A-IQI Prozess eingebunden.

1.2.1 Reguläre Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsindikatoren werden anhand von Krankheitsbildern oder Operationen gebildet. Diese Indikatoren beinhalten ein breites Spektrum – von häufigen Standardbehandlungen bis zu hochkomplexen Eingriffen und Krankheitsbildern. Die Qualitätsindikatoren werden derzeit in der Version 2021 verwendet. Datengrundlage bildet das LKF-System. Die regulären A-IQI Indikatoren beschränken sich aktuell auf den stationären Bereich.

Überblick Qualitätsindikatoren	Detail
Aktuelle Version	2021
Anzahl an Themenbereichen	54
Anzahl an Indikatoren	410
Anzahl an Indikatoren mit Zielbereich	164 (147 Zielbereich, 17 Sentinel)
Anzahl an Indikatorentypen	7
Anzahl an Indikatorenkategorien	3

Tabelle 1: Überblick Qualitätsindikatoren

Welche sieben Indikatorentypen werden gemessen?

1. Todesfälle z.B. Schenkelhalsfrakturen, Anteil Todesfälle
2. Intensivhäufigkeit z.B. Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte ≥ 2 Nächte
3. Komplikationen z.B. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Anteil abnorme Verläufe
4. Mengen insgesamt, Mindestmengen z.B. Schrittmacherversorgung insgesamt
5. Operationstechnik z.B. Hysterektomien, Anteil laparoskopische Operationen
6. Versorgungsprozess z.B. Hüftgelenknahe Fraktur, Anteil präop. Verweildauer ≥ 2 Tage
7. Zusatzinformationen z.B. Anteil der Fälle in den A-IQI Indikatoren.

Neben den Indikatorentypen werden drei Indikatorenkategorien unterschieden: Indikatoren mit Zielbereich, Sentinel-Ereignisse und Informationsindikatoren.

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

Für **Indikatoren mit Zielbereich** werden (aus statistischen Gründen erst ab 10 Gesamtfällen) Konfidenzintervalle berechnet. Für jedes Ergebnis wird ein 95 %-Konfidenzintervall um den gemessenen Wert einer Krankenanstalt berechnet. Liegt der Zielwert außerhalb dieses Konfidenzintervalls, ist das Ergebnis der Krankenanstalt signifikant auffällig. Bei einer gelben Ampel ist der Wert der Krankenanstalt zwar abweichend vom Zielwert, dieser liegt aber noch innerhalb des Konfidenzintervalls. Darauf aufbauend erfolgt anhand eines Ampelsystems eine Einteilung in „nicht auffällig“ (1 oder grün), „nicht signifikant auffällig“ (2 oder gelb) oder „signifikant auffällig“ (3 oder rot).

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

Folgende Modifikationen und Erweiterungen wurden in der A-IQI Version 2021 vorgenommen:

Neue Indikatoren	Details	
Herzinsuffizienz	02.31	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium I
	02.32	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium II
	02.33	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium III
Schlaganfall	09.83	Modifizierte Rankin-Skala vor Insult, Anteil nicht erhebbbar
	09.84	Modifizierte Rankin-Skala, Anteil Vollständigkeit der Diagnosen
	09.85	Modifizierte Rankin-Skala, Diagnose vorbehandelter Insult ohne Zutransfer

Neue Indikatoren	Details	
Lungenentzündung (Pneumonie)	13.13	Pneumonie, Anteil ambulant erworben
COPD	14.23	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=50% und <70%
	14.24	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=35% und <50%
	14.25	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 <35%
Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolo- rektale Operationen)	18.34	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC I
	18.35	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC II
	18.36	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC III
	18.37	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC IV
	18.43	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC I
	18.44	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC II
	18.45	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC III
Intensivbetreuung und Beatmung	48.34	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil SAPS 3 <= 36
	48.35	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil 36 < SAPS 3 <= 45
	48.36	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil 45 < SAPS 3 <= 55
	48.37	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil SAPS 3 > 55
Kodierung	Neues Tabellenblatt „Kodierung“ (alle Indikatoren befinden sich auch im Tabellenblatt „Ergebnis“)	
Neue Indikatoren Tabellenblatt „Ausgewählte Kennzahlen“	K09.01	Modifizierte Rankin-Skala bei Schlaganfall, mittlere Veränderung
	K48.01	Intensivaufenthalte auf E1 (Alter > 14), SAPS 3 Mittelwert
	K48.02	Intensivaufenthalte auf E2 (Alter > 14), SAPS 3 Mittelwert
	K48.03	Intensivaufenthalte auf E3 (Alter > 14), SAPS 3 Mittelwert
Modifizierte Indikatoren	Details	
Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)	Tabelle Tumor	
Sentinel	51.20	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Wegtransferierungen – ohne OP an der Wirbelsäule

Tabelle 2: Überblick neue Indikatoren und Modifikationen der Version 2021

Es erfolgte darüber hinaus die Streichung der Kennzahl 42.10 Schwere Mehrfachverletzungen.

1.2.2 Zusatzauswertungen

Neben den regulären Indikatoren fließen in die Version 2021 vier Zusatzauswertungen ein:

- **Augenheilkunde:** Es werden Glaukom-, Katarakt- und Schiel-Operationen betrachtet und vor allem Wiederaufnahmen und Re-Eingriffe analysiert. Informationen zu diesen Eingriffen sind des Weiteren auf www.kliniksuche.at abrufbar.
- **Gynäkologie und Geburtshilfe:** Der Fokus dieser Zusatzauswertung liegt auf der Versorgung von Neu- bzw. Frühgeborenen: „Werden Neugeborene/Frühgeborene in den

richtigen Krankenanstalten behandelt?“ Als wesentliche Grundlage für diese Auswertungen dient die ab dem Datenjahr 2020 verpflichtende Kodierung des Gestationsalters bei Geburten (Datensatz Mutter). Weiters wird der Anteil an Folgeresektionen bei brusterhaltenden Resektionen der Mamma ausgewertet.

- **Organspende:** Diese Zusatzauswertung dient in einem ersten Schritt lediglich als Information für die Gesundheitsfonds und gibt einen Hinweis auf potenzielle Organspenderinnen oder Organspender.
- **Prothesen-Revisionen:** Es werden vorwiegend Revisionsraten bei Hüft- und Knieendoprothesen innerhalb von 1/2/3/4/5 Jahren nach Erstoperation dargestellt.

Für die Zusatzauswertungen werden zum überwiegenden Teil jahresübergreifende pseudonymisierte Daten (Patientenkarrieren) herangezogen. Im Programm QDok stehen diese nicht zur Verfügung, weshalb die Auswertungen innerhalb des BMSGPK aufbereitet werden.

1.2.3 Qualitätsregister

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

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

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

1.3 Peer-Review-Verfahren

Das Peer-Review-Verfahren ist ein strukturiertes, systematisches Verfahren und beruht auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse. Grundvoraussetzung für das Instrument ist ein vertrauensvolles Umfeld. Es funktioniert nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit mit direktem Austausch von Wissen. Der Fokus im Verfahren liegt auf dem Finden von Lösungen. Mittlerweile wurden über 2500 Einzelfälle im Peer-Review-Verfahren analysiert und bewertet.

Aufgrund von COVID-19 konnten im Jahr 2021 keine Peer-Review-Verfahren durchgeführt werden.

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

Tabelle 3: Überblick Peer-Review-Verfahren

Das Verfahren wird grundsätzlich im Krankenhaus vor Ort von „externen“, unabhängigen, erfahrenen und geschulten Peers (Primärärzt:innen oder leitende Oberärzt:innen) durchgeführt. Das Peer-Review-Team von drei bis fünf Peers besteht aus einer Teamleitung und Teammitgliedern und ist aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammengesetzt. Das Team analysiert und bewertet bis zu 20 relevante Fälle anhand von definierten Analysekriterien. Das Herzstück des Verfahrens ist die gemeinsame Diskussion der Einzelfälle mit den Primärärzt:innen vor Ort und eine anschließende, gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Grundsätze und Ziele des Peer-Review-Verfahrens sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

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

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

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

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

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

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

In der ersten Phase der Selbstbewertung trifft das betroffene Krankenhaus alle organisatorischen Vorbereitungen und führt anhand der Analysekriterien zu jedem Fall eine Selbstbewertung durch. Die 2. Phase der Fremdbewertung findet vor Ort statt, dauert in etwa 8 Stunden und beinhaltet die Analyse aller Fälle durch das Peer-Review-Team, den kollegialen Dialog mit den betroffenen Primärärzt:innen vor Ort sowie das Abschlussgespräch. Am Abschlussgespräch nehmen neben der ärztlichen Direktion auch Vertreter:innen des Krankenhausträgers und des Gesundheitsfonds teil. In der Phase 3, Bericht und Feedback, wird seitens des Peer-Review-Teams ein standardisiertes Protokoll erstellt und an alle Verantwortlichen übermittelt. Zur Weiterentwicklung des Verfahrens wird Feedback von allen Beteiligten (KA und Peers) eingeholt.

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

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

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

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

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemerkennung / Problemlösung zeitnah
Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schnittstellenprobleme
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komplikationsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Management Risikopatient
Wurden Behandlungsleitlinien / Standards berücksichtigt?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einhaltung von Leitlinien oder begründete Abweichung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ erkennbare sinnvolle Therapiestandards
Gab es Kontrollen der Behandlungsverläufe?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch behandelnde Ärzte der Abteilung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ärztliche Übergaben
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oberarzt- / Primararztvisiten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsiliarärzte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kooperation Pflege / therapeutische Teams
War die interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ am Behandlungsprozess beteiligte Abteilungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ präoperativ / postoperativ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ prä- / postinterventionell
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensivmedizin / Konsiliardienste
War die Dokumentation umfassend und schlüssig?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung zur OP / Intervention
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsverlauf
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapieentscheidungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ OP-Bericht und Verlegungsberichte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsile
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Therapiebegrenzungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztbrief inhaltlich logisch

Tabelle 5: Analysekriterien

2 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse Version 2021 / Vergleich Deutschland und Schweiz

In diesem Kapitel werden die regulären Qualitätsindikatoren (Kapitel 2.3) mit Datenbasis 2018-2020 auf Bundesebene dargestellt. Zu den regulären Qualitätsindikatoren sind zum Vergleich auch Werte für Deutschland und die Schweiz verfügbar. Weiters werden auch die Ergebnisse der Zusatzauswertungen (Kapitel 2.4) und der Qualitätsregister (Kapitel 2.5) auf Bundesebene präsentiert. In den Kapiteln 2.1/2.2 finden sich zum besseren Verständnis eine Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung und ein Lesebeispiel.

2.1 Erläuterung der Qualitätsindikatoren-Darstellung

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

Spalte	Detail
Typ	Indikatorentyp: T=Todesfälle, I=Intensivhäufigkeit, K=Komplikationen, M=Mengen, O=Operationstechnik, V=Versorgung, Z=Zusatzinformationen
ZW/ZB	Herkunft des Zielwerts: EW=Erwartungswert, BD=Bundesdurchschnitt, SE=Sentinel, BM=Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
Ergebnis in % / Ö2020	Bundesdurchschnitt Österreich des Jahres 2020
Zähler	Anzahl aller Aufenthalte des untersuchten Krankheitsbildes, auf die der dazu festgelegte Indikator zutrifft (z.B. Anzahl Todesfälle) bzw. tatsächliche Mortalität
Nenner	Anzahl aller Aufenthalte des untersuchten Krankheitsbildes bzw. Anzahl an Betten bzw. erwartete Mortalität
KA Anzahl	Anzahl der KA-Standorte mit mindestens 1 Aufenthalt des untersuchten Krankheitsbildes
KA <10 Fälle	Anzahl der KA-Standorte mit 1-9 Aufenthalten des untersuchten Krankheitsbildes im Nenner
KA auff.	Anzahl der KA-Standorte mit statistisch signifikanter Zielbereichsüberschreitung
bisherige JSP	Abgeschlossene Jahres-Schwerpunktthemen in denen Peer-Review-Verfahren durchgeführt wurden
A-IQI 20XX / Ö20XX	gesamt-österreichisches Ergebnis des jeweils angegebenen Jahres
G-IQI	Bundesdurchschnitt Deutschland des Jahres 2019 (nur für reguläre QI verfügbar)
CH-IQI	Bundesdurchschnitt Schweiz des Jahres 2019 (nur für reguläre QI verfügbar)

Spalte	Detail
Fälle Register / DLD	Vergleich Fälle Register und Fälle in der DLD zum Vollzähligkeitsabgleich

Tabelle 6: Qualitätsindikatoren-Ergebnisse, Erklärung einzelne Spalten

Die Spalten „Ergebnis in %“, „Zähler“, „Nenner“, „KA Anzahl“, „KA <10 Fälle“ sowie „KA auff.“ werden mit Daten des Jahres 2020 dargestellt. Zusätzlich ist das gesamt-österreichische Ergebnis, wenn möglich, auch mit Datenbasis 2018 und 2019 dargestellt. In die Berechnung gehen grundsätzlich alle österreichischen Akutkrankenanstalten ein. Vergleichszahlen aus Deutschland und der Schweiz stehen lediglich für die regulären A-IQI Indikatoren zur Verfügung, nicht jedoch für die Kennzahlen der Zusatzauswertungen und Qualitätsregister. (G-IQI: Nimptsch et al. 2021; CH-IQI: BAG 2021). Im Falle der deutschen oder schweizerischen Bundesdurchschnitte bedeuten leere Tabellenspalten, dass hier keine Vergleichswerte verfügbar sind oder aufgrund abweichender Definitionen keine Vergleichbarkeit der Daten gegeben ist. Zudem werden bei Mengeninformatoren generell keine Vergleichswerte angegeben.

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

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

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

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

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

Details zu allen einzelnen Qualitätsindikatoren sind in der „Indikatorenbeschreibung Version 2021“ nachzulesen. (BMSGPK 2021)

2.2 Lesebeispiel Qualitätsindikator

Reguläre Qualitätsindikatoren		A-IQI 2021 / Ö 2020							A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
14.10	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,4%	512	11.638	137	17	10		3,6%	3,5%	4,1%	3,6%

Tabelle 7: Lesebeispiel Qualitätsindikator

Der Indikator 14.10 HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle bezieht sich auf Todesfälle (I: Typ=T). Es handelt sich um Fälle mit Hauptdiagnose COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Als Zielwert ist ein Erwartungswert (II) hinterlegt. Insgesamt wurden im Jahr 2020 in Österreich 11.638 Fälle (V) an 137 Krankenanstalten-Standorten (VI) behandelt.

Von diesen sind 512 (IV) innerhalb des Krankenhausaufenthaltes verstorben. Der bundesweit tatsächlich gemessene Istwert betrug im Jahr 2020 4,4% (III: Zähler/Nenner).

COPD wurde bisher noch nicht als Jahres-Schwerpunkt bearbeitet und abgeschlossen (IX).

17 Krankenanstalten (VII) verzeichneten weniger als 10 Fälle. 10 Krankenanstalten (VIII) liegen im Ergebnis in % (III) im statistisch signifikant auffälligen Bereich.

Der bundesweit tatsächlich gemessene Ist-Wert betrug im Jahr 2019 3,6% (X) und im Jahr 2018 3,5% (XI). Im Vergleich dazu lag der deutsche Bundesdurchschnitt 2019 bei 4,1% (XII) und jener der Schweiz im Jahr 2019 bei 3,6% (XIII).

2.3 Qualitätsindikatoren-Ergebnisse – reguläre A-IQI Indikatoren

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
01 - Herzinfarkt									x					
01.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	5,6%	865	15.524	125	27	14		4,5%	5,1%	7,9%	4,6%
01.11	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1,4%	8	573	77	58	2		1,0%	1,2%	2,8%	0,2%
01.12	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	2,0%	117	5.828	104	25	6		1,6%	2,0%	4,1%	1,7%
01.13	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	6,0%	449	7.501	121	29	9		4,6%	5,2%	8,4%	4,8%
01.14	Hauptdiagnose Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	17,9%	291	1.622	109	43	4		14,8%	15,9%	17,1%	13,4%
01.20	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Linksherzkatheter	V		40,0%	6.214	15.524	125	27			41,8%	42,2%	21,9%	35,4%
01.21	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK (Erstbehandlung)	V		37,1%	4.451	12.003	119	24			39,3%	39,7%	18,2%	39,0%
01.22	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Fälle ohne LHK	V		50,1%	1.763	3.521	106	32			50,0%	50,2%	49,0%	23,4%
01.23	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), o.Zutransf., Anteil Fälle ohne LHK u./o. ohne Kor.OP.	V		37,0%	4.444	12.003	119	24			39,2%	39,6%	10,1%	38,6%
01.31	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Direktaufnahmen ohne Transfer, Anteil Todesfälle	T		10,0%	783	7.862	114	37			8,4%	9,3%		6,5%
01.32	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T		2,3%	82	3.521	106	32			1,8%	2,0%	8,0%	3,2%
01.41	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil n.n.b. akute Infarktformen	V		0,5%	78	15.456	250	54			0,8%	1,5%	1,3%	1,7%
01.42	Hauptdiagnose akuter Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil transmuraler Herzinfarkt	V		42,6%	6.587	15.456	250	54			41,1%	41,9%	31,8%	41,3%
01.43	Hauptdiagnose transmuraler Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	8,2%	543	6.587	119	37	9		6,8%	8,1%	11,7%	6,2%
01.44	Zusatzdiagnose nichttransmuraler Herzinfarkt / NSTEMI (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		3,4%	300	8.791	118	22			2,6%	2,6%	5,5%	2,9%
01.50	Zusatzdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		16,2%	955	5.910	139	47			15,8%	16,7%	18,0%	13,7%
02 - Herzinsuffizienz														
02.10	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	9,3%	2.029	21.853	140	10	18		8,6%	8,8%	7,8%	7,4%
02.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	3,5%	5	142	59	58			2,9%	5,3%	2,1%	4,2%
02.12	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,3%	74	1.709	121	70	3		3,7%	4,0%	3,1%	2,6%
02.13	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	7,5%	902	12.015	138	10	13		6,6%	6,5%	6,4%	6,0%
02.14	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	13,1%	1.048	7.987	134	8	9		12,5%	13,2%	11,9%	10,0%
02.15	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Herzinsuffizienz n.n.bez.	V		49,0%	10.718	21.853	280	20			44,1%	50,5%		
02.20	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	8,9%	624	7.019	130	35	4		8,5%	8,0%		
02.21	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium I (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,8%	9	188	59	57			4,6%	1,7%		
02.22	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium II (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1,7%	19	1.098	110	81	2		1,3%	2,2%		
02.23	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium III (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	2,8%	77	2.775	120	53	4		3,5%	3,3%		
02.24	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium IV (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	17,7%	516	2.913	116	49	4		19,2%	18,0%		
02.25	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz und NYHA-Stadium n.n.bez. (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	6,7%	3	45	8	7			6,8%	9,8%		
02.31	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium I	V		2,7%	188	7.019	260	70			4,5%	5,7%		
02.32	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium II	V		15,6%	1.098	7.019	260	70			16,8%	18,8%		
02.33	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium III	V		39,5%	2.775	7.019	260	70			43,8%	41,1%		
02.34	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium IV	V		41,5%	2.913	7.019	260	70			33,9%	32,6%	50,0%	54,9%
02.35	Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil NYHA-Stadium n.n.bez.	V		0,6%	45	7.019	260	70			1,1%	1,9%		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020						A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter										x				
03.10	Linksherzkatheter mit Koronardiagnostik/-intervention insgesamt (Alter > 19)	M			52.095	69	30				57.481	54.528		
03.20	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	3,3%	300	9.139	48	18	4		2,5%	2,9%	5,9%	3,3%
03.21	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 20-44, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	0,8%	3	389	26	9	1		1,1%	0,7%		
03.22	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 45-64, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1,5%	57	3.867	39	12	2		1,2%	1,6%		
03.23	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe 65-84, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,3%	187	4.340	47	18	2		3,2%	3,7%		
03.24	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Altersgruppe >= 85, ohne Herzoperation, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	9,8%	53	543	33	14			6,6%	8,4%		
03.25	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), o. Herz-OP , Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T		1,3%	22	1.713	27	7			1,3%	1,6%	7,2%	2,2%
03.30	Diagnostischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,7%	184	27.878	60	25	3		0,6%	0,6%	1,3%	1,7%
03.31	Diagn. Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Zutransf., Anteil Todesfälle	T		1,6%	21	1.310	32	10			1,5%	1,6%	3,9%	2,6%
03.32	Diagn. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		0,5%	140	26.935	58	23			0,4%	0,4%	1,1%	1,5%
03.40	Therapeutischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,5%	197	13.068	49	16	3		1,5%	1,5%	1,6%	1,2%
03.41	Therap. Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Zutransf., Anteil Todesfälle	T		4,4%	30	682	28	9			4,0%	3,8%	4,4%	4,5%
03.42	Therap. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		1,2%	148	12.606	47	14			1,2%	1,3%	1,2%	0,9%
03.51	Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Anteil diagnostischer Katheter	V		68,1%	27.878	40.946	64	28			69,5%	70,1%	64,6%	53,3%
03.52	Linksherzkatheter bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M				262	17	12			293	250		
04 - Herzrhythmusstörungen														
04.10	Hauptdiagnose Herzrhythmusstörungen	M				32.605	142	19			39.235	38.408		
05 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator														
05.10	Schrittmacherversorgung insgesamt	M				9.936	84	18			10.400	10.298		
05.11	Defibrillatoren ohne Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M				1.357	44	11			1.435	1.553		
05.12	Defibrillatoren mit Resynchronisationsfunktion (Implantationen oder Wechsel)	M				816	37	22			866	823		
05.13	Herzschrittmacher Einkammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M				1.634	71	26			1.778	1.964		
05.14	Herzschrittmacher Zweikammersystem (Implantationen oder Wechsel)	M				5.760	82	20			5.900	5.537		
05.15	Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (Implantationen oder Wechsel)	M				391	31	19			458	445		
06 - Ablative Therapie														
06.10	Kathetergestützte ablativ Therapie	M				4.138	23	1			4.392	3.859		
06.20	Chirurgische ablativ Therapie	M				121	7	3			133	153		
06.30	Komplette elektrophysiologische Abklärungen	M				3.416	22	3			3.578	3.355		
07 - Operationen am Herzen										x				
07.10	Herzoperationen insgesamt	M				7.665	21	9			8.232	8.258		
07.11	Operationen der Herzklappen	M				4.845	16	4			5.024	4.870		
07.12	Operationen der Koronargefäße	M				2.860	11	2			3.209	3.493		
07.13	Andere Operationen am Herzen	M				967	15	5			1.213	1.196		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					bisherige JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele		KA auff.	Ö 2019	Ö 2018	D 2019
07.14	Kombinierte Herzoperationen	M			968	12	3		1.164	1.254			
07.15	Herzoperationen bei Kindern und Jugendlichen (Alter < 20)	M			472	5	1		546	562			
07.16	Herzoperationen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	3,5%	252	7.193	20	9		3,5%	4,1%			
07.20	Chirurgischer Aortenklappenersatz (Alter > 19)	M			1.529	10	1		1.766	1.943			
07.21	Isolierter chir. Aortenklappenersatz oh. weitere Herzoperation (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	13	796	9			2,0%	2,0%	2,4%	1,3%	
07.22	Chirurgischer Aortenklappenersatz mit Mitralklappenersatz (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		8	91	9	5		11,1%	9,7%	17,6%	6,1%	
07.23	Chir. Aortenklappenersatz mit anderem Eingriff am Herzen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		37	642	10	1		4,2%	4,9%	6,4%	5,4%	
07.31	Kathetergestützte Implantationen einer Aortenklappe, Anteil Todesfälle	T		39	1.696	13	4		2,4%	3,7%	2,8%	1,1%	
07.32	Kathetergestützte Implantationen einer Mitralklappe, Anteil Todesfälle	T		12	333	12	3		4,0%	2,1%	2,8%	3,6%	
07.41	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	19	158	9	1		5,3%	7,8%	6,0%	3,6%	
07.50	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	35	1.874	10	1		1,7%	2,6%	1,8%	1,8%	
07.51	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 20-49, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	2	65	9	7		1,3%	0,0%	1,0%	0,0%	
07.52	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 50-59, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1	417	9		1	0,8%	0,9%	0,9%	0,6%	
07.53	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	5	639	9			0,8%	2,4%	1,4%	1,5%	
07.54	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	18	622	10	1		2,6%	3,7%	2,2%	2,3%	
07.55	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt, Altersgruppe >= 80, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	9	131	9	3		4,9%	3,9%	3,6%	6,1%	
07.61	OP nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Beatmung > 2 Tage	K		506	1.874	10	1		27,4%	28,4%			
07.62	Operationen nur an den Koronargefäßen (Alter > 19), Anteil mit Herzinfarkt	V		158	2.032	10	1		7,6%	7,3%			
07.63	OP an den Koronargefäßen mit anderen Herzoperationen (Alter>19), Anteil Todesfälle	T		61	828	11	2		6,8%	6,6%	9,2%	7,0%	
08 - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhaut													
08.10	Hauptdiagnose bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhäute	M			3.632	111	65		3.796	4.495			
08.20	Operationen am Gehirn bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T	2,2%	15	681	13	2		2,4%	1,5%	2,8%	0,8%	
09 - Schlaganfall													
09.10	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	2.140	23.405	139	32	13	x	8,7%	9,0%	8,6%	7,6%
09.11	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	34	809	82	51	2		2,8%	3,3%	3,3%	2,5%
09.12	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	237	5.393	114	64	2		3,6%	4,1%	3,9%	3,4%
09.13	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1.119	12.905	130	37	13		7,8%	8,1%	8,0%	6,6%
09.14	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	750	4.298	126	56	3		18,3%	18,1%	16,7%	15,3%
09.20	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19), Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		10.203	23.405	139	32		44,5%	51,7%			
09.21	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19) Direktaufnahmen, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		7.685	19.992	136	36		39,7%	47,5%	32,1%	54,6%	
09.22	Hauptdiagnose Schlaganfall (Alter > 19) Zutransferierungen, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		2.518	3.413	106	58		71,5%	76,8%	79,1%	54,9%	
09.30	Stroke Unit, Anteil Nicht-Schlaganfälle auf Stroke Unit	V		4.456	22.560	52	9		19,6%	19,5%			
09.40	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1.201	19.037	129	34	10		6,3%	6,5%	6,5%	5,3%
09.41	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	5	560	58	30	1		1,1%	1,4%		
09.42	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	72	4.048	107	62	3		1,4%	1,7%		
09.43	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	602	10.754	125	42	8		5,2%	5,5%		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					bisherige JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle		KA auff.	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
09.44	Hauptdiagnose Hirninfarkt, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	14,2%	522	3.675	117	58	3		15,3%	14,5%		
09.51	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit systemischer Thrombolyse	V		14,1%	2.680	19.037	129	34			13,3%	12,7%	14,4%	12,4%
09.52	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) auf Stroke Unit, Anteil Fälle mit syst. Thrombolyse	V		21,9%	2.578	11.766	48	7			21,0%	22,3%		
09.53	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit systemischer Thrombolyse, Anteil Todesfälle	T		7,1%	189	2.680	57	18			7,1%	7,2%	7,0%	7,4%
09.54	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Fälle mit intrakranieller Thrombektomie	V		4,7%	890	19.037	129	34			4,8%	4,1%	6,3%	7,6%
09.55	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) mit intrakranieller Thrombektomie, Anteil Todesfälle	T		11,5%	102	890	14	1			12,2%	13,7%	19,5%	11,4%
09.56	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Direktaufnahmen, Anteil Todesfälle	T		6,4%	1.059	16.498	127	40			6,4%	6,6%	6,2%	5,3%
09.57	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19) Zutransferierungen, Anteil Todesfälle	T		5,6%	142	2.539	96	52			5,6%	6,0%	8,2%	5,1%
09.60	Hauptdiagnose Intrazerebrale Blutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		26,1%	760	2.916	118	68			24,2%	23,8%	23,3%	22,1%
09.70	Hauptdiagnose Subarachnoidalblutung (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		12,2%	175	1.431	112	70			11,3%	10,8%	14,1%	14,4%
09.81	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Schlaganfall n.n.b.	V		0,1%	21	23.405	278	64			0,1%	0,3%	0,7%	4,1%
09.82	Hauptdiagnose Schlaganfall nicht näher bezeichnet (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		19,0%	4	21	6	5			6,1%	13,3%	10,1%	5,0%
09.83	Modifizierte Rankin-Skala vor Insult, Anteil nicht erhebbar	V		10,1%	1.052	10.415	260	64			10,2%			
09.84	Modifizierte Rankin-Skala, Anteil Vollständigkeit der Diagnosen	V		96,2%	10.164	10.563	264	68			94,6%			
09.85	Modifizierte Rankin-Skala, Diagnose vorbehandelter Insult ohne Zutransfer	M				1.266	166	108			1.639			
10 - Transitorisch ischämische Attacke (TIA)														
10.10	Hauptdiagnose Transitorisch ischämische Attacke (TIA), Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,2%	10	6.510	120	42	9		0,2%	0,2%	0,3%	0,1%
10.20	Hauptdiagnose TIA, Anteil Fälle ohne Stroke Unit Behandlung	V		58,7%	3.824	6.510	120	42			60,9%	62,0%	34,3%	61,6%
11 - Epilepsie														
11.10	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter > 19	M				8.986	134	52			10.147	10.323		
11.20	Hauptdiagnose Epilepsie, Alter < 20	M				3.502	71	34			3.944	4.054		
12 - Multiple Sklerose														
12.10	Hauptdiagnose Multiple Sklerose	M				2.949	109	65			3.792	3.843		
13 - Lungenentzündung (Pneumonie)														
13.10	Pneumonie ambulant und im stationären Aufenthalt erworben, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	14,6%	6.951	47.481	153	12	23	x	11,2%	11,7%		
13.11	Pneumonie ambulant erworben (community-acquired pneumonia), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	14,3%	6.268	43.959	152	13	22		10,7%	11,3%		
13.12	Pneumonie im stat. Aufenthalt erworben (hospital-acquired pneumonia), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	19,5%	700	3.596	133	56	11		18,2%	17,9%		
13.13	Pneumonie, Anteil ambulant erworben	V		92,6%	43.959	47.481	306	24			92,7%	93,2%		
13.14	Pneumonie, Anteil im stationären Aufenthalt erworben	V		7,6%	3.596	47.481	306	24			7,5%	7,0%		
13.20	Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	12,5%	3.573	28.651	144	14	17		9,8%	10,1%	11,0%	5,4%
13.21	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe < 20, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	0,4%	6	1.462	64	26	4		0,1%	0,2%	0,3%	0,4%
13.22	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	2,1%	29	1.357	118	66	1		1,3%	1,4%	1,7%	0,4%
13.23	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	5,4%	222	4.101	127	25	4		4,0%	4,6%	5,7%	1,9%
13.24	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	12,3%	1.709	13.880	140	16	16		9,5%	9,7%	12,5%	5,2%

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
13.25	Hauptdiagnose Pneumonie, Altersgruppe >= 85, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	20,5%	1.607	7.851	136	20	8		18,0%	18,5%	20,4%	10,9%
13.30	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter > 19, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	11,1%	2.427	21.941	139	15	16		8,7%	9,2%	9,1%	4,0%
13.31	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 20-44, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1,3%	15	1.183	113	66	1		0,8%	1,0%	0,8%	0,2%
13.32	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,2%	140	3.334	126	28	6		2,6%	3,0%	3,0%	0,7%
13.33	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	9,9%	1.082	10.974	135	17	12		7,5%	7,8%	8,5%	3,2%
13.34	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Altersgruppe >=85, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	18,4%	1.190	6.450	134	22	9		15,9%	16,7%	16,4%	8,5%
13.40	HD Pneumonie ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose, Alter < 20, Anteil Todesfälle	T		0,4%	5	1.184	64	29			0,0%	0,1%	0,3%	0,2%
13.50	Hauptdiagnose Aspirationspneumonie, Anteil Todesfälle	T		30,7%	722	2.349	128	54			28,9%	29,9%	27,0%	18,6%
14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)														
14.10	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,4%	512	11.638	137	17	10		3,6%	3,5%	4,1%	3,6%
14.11	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=70%, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	3,2%	27	835	108	82	2		2,8%	2,7%	1,1%	2,5%
14.12	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=50% und <70% , Anteil Todesfälle	T	< (EW)	1,5%	36	2.369	124	51	6		1,0%	1,4%	1,0%	1,5%
14.13	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 >=35% und <50% , Anteil Todesfälle	T	< (EW)	2,8%	97	3.452	129	40	6		2,4%	2,6%	1,7%	2,5%
14.14	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 <35% , Anteil Todesfälle	T	< (EW)	7,1%	350	4.933	129	42	10		5,8%	5,4%	4,8%	6,8%
14.15	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19) mit FEV 1 n.n.bez., Anteil Todesfälle	T	< (EW)	4,1%	2	49	14	12			1,7%	2,0%	6,3%	3,1%
14.21	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=70%	V		7,2%	835	11.638	274	34			7,5%	9,6%		
14.22	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=50% und <70%	V		20,4%	2.369	11.638	274	34			20,1%	18,7%		
14.23	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 >=35% und <50%	V		29,7%	3.452	11.638	274	34			29,5%	26,9%		
14.24	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 <35%	V		42,4%	4.933	11.638	274	34			42,6%	41,2%		
14.25	HD COPD (ohne Tumor, Alter > 19), Anteil FEV 1 n.n.bez.	V	< (BD)	0,4%	49	11.638	274	34	8		0,4%	3,5%	31,2%	21,1%
15 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)														
15.10	Resektionen von Lunge oder Bronchien, Anteil Todesfälle	T		1,6%	38	2.320	44	28		x	1,5%	1,3%	2,9%	1,6%
15.21	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T		1,4%	17	1.197	25	11			1,2%	1,2%		
15.22	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	4,3%	52	1.197	25	11	2		2,8%	3,8%		
15.23	Resektionen von Lunge oder Bronchien bei Bronchialkarzinom, Anteil Pneumektomien	O	< (BD)	5,7%	68	1.197	25	11	2		5,5%	7,0%	5,7%	4,4%
15.31	Pneumektomien bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T		5,9%	4	68	13	10			9,9%	5,4%	12,5%	6,4%
15.32	Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,2%	13	1.129	25	11			0,7%	0,9%		
15.33	Teilresektionen (inkl. Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Lobektomien	V		80,0%	903	1.129	25	11			80,3%	77,3%		
15.34	Teilresektionen der Lunge (ohne Lobektomie) bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,3%	3	226	21	9			0,4%	0,0%	2,4%	1,5%
15.35	Lobektomien der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,1%	10	903	22	9	1		0,7%	1,2%		
15.41	Resektionen von Lunge / Bronchien b. sek. bösartiger Neubildung der Lunge, Anteil Todesfälle	T		0,0%		294	21	11			0,3%	0,7%		
15.42	Resektionen von Lunge / Bronchien b. entzündlichen Erkrankungen d. Lunge, Anteil Todesfälle	T		5,2%	14	270	25	18			4,4%	3,4%		
15.50	Pleurektomie, Anteil Todesfälle	T		4,7%	24	509	35	25			5,4%	3,5%	7,9%	4,6%
15.51	Pleurektomie bei malignen Erkrankungen, Anteil Todesfälle	T		4,0%	4	101	16	11			14,9%	4,2%		
15.60	Pleuraempyem (ohne Wegtransferierungen), Anteil operative Versorgung	V		47,8%	329	689	97	84			38,4%	37,9%		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
16 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen/Cholezystitis (Cholezystektomie)									x					
16.10	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil offene Operationen	O	< (BD)	6,5%	925	14.225	119	9	16		6,3%	6,6%	5,4%	2,9%
16.20	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,4%	57	14.225	119	9	6		0,4%	0,4%	0,5%	0,1%
16.30	Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	1,2%	176	14.225	119	9	5		1,2%	1,2%		
16.40	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,2%	29	13.300	117	7	23		0,2%	0,1%		
16.50	Laparoskopische Cholezystektomien o. Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	1,8%	236	13.300	117	7	14		1,6%	1,4%		
16.60	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger	K	< (BD)	1,6%	217	13.517	234	14	17		1,4%	1,3%		
16.70	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil ERCP nach OP-Tag	K	< (BD)	1,4%	182	13.300	117	7	10		1,2%	1,1%		
17 - Operationen von Hernien										x				
17.10	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		65,1%	15.611	23.987	126	6			67,3%	67,6%		
17.11	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		46,6%	7.662	16.444	125	6			49,1%	50,8%		
17.12	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil offene Operationen	O		88,4%	2.430	2.750	115	34			89,6%	88,4%		
17.20	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,1%	19	23.987	126	6	16		0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
17.21	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		0,0%	8	16.444	125	6			0,0%	0,0%		
17.22	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		0,3%	7	2.750	115	34			0,1%	0,1%		
17.30	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	0,5%	127	23.987	126	6	12		0,6%	0,5%		
17.31	OP von Inguinal- und Femoralhernien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I		0,3%	44	16.444	125	6			0,3%	0,2%		
17.32	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I		2,5%	69	2.750	115	34			2,2%	2,1%		
17.40	Hernien-Operationen ohne Darmoperation bei Kindern	M				749	48	34			966	964		
17.50	Hernien-Operationen mit Darmoperation, Anteil Todesfälle	T		5,4%	14	257	82	80			5,3%	6,6%	1,7%	4,7%
18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)										x				
18.10	Haupt- / Zusatzdiagnose Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	M				10.052	149	33			11.458	12.424		
18.20	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	6,5%	536	8.266	120	22	12		5,8%	6,3%	7,2%	4,3%
18.31	Kolonresektionen bei Karzinom ohne komplizierende Diagnose, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	3,8%	93	2.451	105	34	6		3,3%	3,3%	4,0%	2,2%
18.32	Kolonresektionen b. Karzinom o. kompl. Diagnose, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	9,5%	234	2.451	105	34	5		9,6%	9,3%		
18.33	Kolonresektionen bei Karzinom mit komplizierender Diagnose, Anteil Todesfälle	T		14,8%	42	284	90	87			11,9%	15,5%	11,7%	5,1%
18.34	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC I	V		26,3%	660	2.512	218	66			28,0%	27,0%		
18.35	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC II	V		32,9%	827	2.512	218	66			33,3%	33,7%		
18.36	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC III	V		26,6%	668	2.512	218	66			24,2%	25,6%		
18.37	Kolonresektionen bei Karzinom, Anteil UICC IV	V		15,7%	394	2.512	218	66			16,1%	15,2%		
18.41	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,5%	14	904	89	54	3		2,4%	2,3%	3,2%	1,5%
18.42	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil Rektumextirpation	O		21,3%	193	904	89	54			20,5%	21,7%		
18.43	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC I	V		30,3%	291	959	182	108			31,0%	30,1%		
18.44	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC II	V		30,7%	294	959	182	108			32,1%	32,5%		
18.45	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC III	V		27,5%	264	959	182	108			26,6%	24,8%		
18.46	Rektumresektionen bei Karzinom, Anteil UICC IV	V		11,7%	112	959	182	108			10,7%	13,3%		

Reguläre Qualitätsindikatoren		A-IQI 2021 / Ö 2020							A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
18.51	Kolorektale Res. b. Divertikel o. Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,8%	6	757	93	67	3		0,5%	0,5%	0,8%	0,2%
18.52	Kolorektale Res. b. Divertikel mit Abszess/Perforation/kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	T		5,7%	52	913	101	65			3,5%	5,0%	4,6%	3,1%
18.53	Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Anteil Todesfälle	T		40,6%	84	207	64	61			39,5%	44,2%	43,8%	35,4%
18.54	Kolorektale Resektionen bei Colitis oder Crohn, Anteil Todesfälle	T		1,7%	7	405	69	56			2,1%	2,0%	3,1%	1,5%
18.55	Kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		10,1%	238	2.345	112	42			9,4%	9,4%	8,0%	5,6%
18.60	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	1,2%	109	9.387	114	18	13		1,4%	1,1%		
19 - Magenoperationen										x				
19.10	Hauptdiagnose Ulcus von Magen, Duodenum oder Jejunum (ohne Tumor), Anteil Todesfälle	T		4,7%	156	3.341	127	30			3,4%	3,3%	4,1%	3,1%
19.20	Magenresektionen insgesamt	M				1.336	96	51			1.394	1.369		
19.21	Magenresektionen ohne Ösophaguseingriff bei Magenkarzinom, Anteil Todesfälle	T		4,3%	24	552	84	65			3,9%	5,8%	5,9%	2,6%
19.22	Magenresektionen o.Ösophaguseingr.b.Magenkarzinom, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	10,5%	58	552	84	65	2		11,6%	10,6%		
19.23	Magenresektionen kombiniert mit komplexem Eingriff am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T		16,3%	7	43	12	12			6,9%	12,9%	16,3%	6,0%
19.24	Partielle und totale Magenresektionen bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		12,7%	94	741	89	64			13,4%	14,8%	5,3%	0,6%
19.30	Adipositas-Chirurgie, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,2%	4	2.015	42	9	4		0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
19.31	Adipositas-Chirurgie, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	3,5%	70	2.015	42	9	4		3,0%	2,5%		
20 - Große Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus)														
20.10	Komplexe Eingriffe am Ösophagus, Anteil Todesfälle	T		3,6%	15	417	36	24			3,9%	4,5%	8,5%	5,0%
21 - Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber														
21.10	Pankreaseingriffe insgesamt (Alter > 19, ohne Transplantationen), Anteil Todesfälle	T		6,8%	77	1.125	61	32			7,1%	5,9%	9,5%	3,9%
21.11	Pankreasresektionen bei bösartiger Neubildung des Pankreas (Alter > 19, inkl. IPMN), Anteil Todesfälle	T		6,0%	43	714	46	22			6,7%	5,1%	7,9%	3,7%
21.12	Andere lokale oder kleinere Eingriffe am Pankreas, Anteil Todesfälle	T		8,9%	13	146	41	37			9,7%	10,2%	14,8%	6,4%
21.21	Anatomische Leberresektionen (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T		3,1%	20	654	48	28			4,8%	4,4%	6,0%	4,2%
22 - Eingriffe an der Schilddrüse														
22.10	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,1%	4	6.397	87	16	3		0,2%	0,1%		
22.11	Resektionen der Schilddrüse bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,1%	1	844	68	43			0,6%	0,0%		
22.12	Resektionen der Schilddrüse bei gutartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,1%	3	5.480	87	18			0,0%	0,1%		
22.20	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Beatmung > 1 Tag	K		0,9%	56	6.397	87	16			1,0%	1,1%		
22.30	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	0,6%	38	6.397	87	16	10		0,9%	0,9%		
22.40	Radiojodtherapien	M				1.144	8				1.133	1.181		
23 - Eingriffe an den Tonsillen														
23.10	Tonsillektomien und Tonsillotomien, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,0%	1	6.844	63	12	1		0,0%	0,0%		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					bisherige JSP	A-IQI		G-IQI D 2019	CH-IQI CH 2019	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele		KA auff.	Ö 2019			Ö 2018
24 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien									x					
24.10	Extrakranielle Gefäßoperationen an der A.carotis, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,7%	16	2.152	42	10	3		0,7%	0,6%	0,9%	0,8%
24.20	Perkutane Stentimplantationen in extrakranielle Gefäße, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	2,0%	6	307	30	19	1		1,1%	1,5%	1,8%	6,2%
24.30	Extrakranielle Gefäßoperationen bei Herz-/Gefäßoperation, Trauma oder HNO-Tumor	M				179	17	7			192	180		
24.40	Intrakranielle perkutan-transluminale Gefäßinterventionen	M				1.197	14	1			1.238	1.168		
25 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)										x				
25.10	Eingriffe an der Aorta insgesamt	M				2.034	44	20			2.285	2.164		
25.20	Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene und endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	2,6%	32	1.210	33	14			3,2%	3,7%		
25.21	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, offene Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	5,7%	12	212	22	12			6,5%	4,8%		3,1%
25.22	Abdominales Aortenaneurysma nicht rupturiert, endovaskuläre Eingriffe, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,5%	7	477	31	15	1		1,8%	1,8%		1,2%
25.23	Thorak. / thorakoabd. Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Eingr., Anteil Todesfälle	T	< (BD)	2,6%	16	625	18	5	1		3,2%	4,7%		
25.30	Aortendissektion, Anteil Todesfälle	T		12,6%	119	947	107	84			13,3%	13,0%		
25.40	Aortenaneurysma rupturiert, Anteil Todesfälle	T		31,4%	111	353	75	66			34,7%	34,2%	40,2%	38,1%
25.41	Aortenaneurysma rupturiert mit Operation, Anteil Todesfälle	T		26,2%	38	145	22	18			30,4%	29,1%	32,6%	20,9%
26 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien										x				
26.11	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	3,5%	125	3.548	60	18	4		3,1%	3,1%	5,7%	3,9%
26.12	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil mit Amputation untere Extremität	V		3,4%	122	3.548	60	18			3,1%	2,9%		
27 - Amputationen										x				
27.10	Amputationen im Fußbereich, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T		2,4%	63	2.667	124	60			2,6%	1,9%	3,2%	2,3%
27.21	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	12,3%	194	1.581	109	61	4		13,1%	13,7%	14,4%	8,0%
27.22	Amputationen untere Extremität, kein Trauma, Anteil mit Becken-Bein-OP oder PTA	V		16,3%	257	1.581	109	61			18,9%	18,5%		
28 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA, stationär)										x				
28.10	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	1,6%	172	10.904	76	19	6		1,1%	1,3%	2,5%	2,4%
28.11	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent, ohne Aorta), Anteil mit Becken-Bein-OP	V		7,6%	828	10.904	76	19			6,4%	6,6%		
28.12	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA u. Stent, o. Aorta), Anteil m. Amputation unt. Extremität	V		1,7%	181	10.904	76	19			1,8%	1,7%		
29 - Geburten														
29.10	Geburten, Anteil Todesfälle der Mutter	T	= (SE)	0,0%	1	81.677	82	3	1		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
29.20	Vaginale Geburten, Anteil Dammriss 3. und 4. Grades	K		2,2%	1.267	56.933	160	2			2,1%	2,0%	1,9%	2,9%
29.30	Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectorate)	O		30,3%	24.752	81.677	82	3			30,3%	29,4%	30,9%	31,7%
29.31	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter < 35	O		27,9%	17.423	62.358	80	1			28,0%	27,1%		
29.32	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter >= 35	O		37,9%	7.329	19.319	81	2			37,5%	37,2%		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2019	Ö 2018	D 2019
30 - Stationär aufgenommene Neugeborene													
30.10	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter	M			5.125	49	6			5.430	5.547		
30.11	Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter, Zutransferierungen	M			653	30	18			728	641		
30.12	Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht oder extremer Unreife	M			480	28	15			479	579		
31 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)													
									x				
31.11	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,0%	1	6.031	90	5	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
31.12	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,5%	33	6.031	90	5	5	0,5%	0,5%		
31.21	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil abdominale Operationen	O	< (BD)	14,4%	869	6.031	90	5	19	15,1%	15,5%		
31.22	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil laparoskopische Operationen	O		43,7%	2.637	6.031	90	5		38,0%	35,1%		
31.23	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung, Anteil vaginale Operationen	O		41,9%	2.526	6.031	90	5		46,9%	49,4%		
31.24	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (o. suprazerv. OP), Anteil abdominale Operationen	O	< (BD)	16,6%	869	5.242	90	7	19	17,1%	17,4%		
31.25	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne Plastik), Anteil abdominale Operationen	O	< (BD)	19,7%	849	4.315	90	9	15	21,6%	22,4%	11,9%	12,8%
32 - Entfernung von Ovarien und/oder Gebärmutter bei bösartiger Neubildung													
32.10	Ovariektomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,9%	5	555	69	52		1,0%	2,0%	2,0%	0,4%
32.20	Hysterektomien bei bösartiger Neubildung, Anteil Todesfälle	T		0,4%	5	1.357	87	38		0,4%	0,4%	0,6%	0,2%
33 - Eingriffe an der Brust													
33.10	Eingriffe an der Brust (Mammaresektionen und -plastiken)	M			14.216	110	28			16.065	14.702		
33.11	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Anteil nicht-brusterhaltend	O		25,7%	1.929	7.512	78	7		25,4%	25,1%	28,0%	24,6%
34 - Eingriffe am Beckenboden													
34.10	Suspensionsoperationen und Plastiken im Bereich des Beckenbodens insgesamt	M			3.095	92	13			3.981	4.040		
34.11	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Genitalprolaps	M			2.959	91	13			3.768	3.799		
34.12	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Inkontinenz	M			78	26	26			129	159		
34.13	Suspensionsoperationen und Plastiken bei anderer Diagnose	M			58	19	17			84	82		
35 - Hüftgelenkersatz													
35.10	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,1%	8	15.162	109	12	8	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
35.20	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Schenkelhals- u. pertroch. Fraktur, Anteil Todesfälle	T		3,9%	181	4.632	103	24		3,7%	3,0%	5,4%	3,7%
35.30	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T		6,5%	67	1.033	109	65		4,8%	4,8%	4,9%	2,4%
35.40	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	1,1%	160	15.162	109	12	6	1,1%	1,3%		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					bisherige JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle		KA auff.	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
36 - Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese									x					
36.10	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	3,1%	74	2.394	104	36	36		2,7%	2,4%		
36.11	Hüft-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T		1,0%	12	1.154	94	58			1,1%	0,6%	1,0%	0,4%
36.12	Hüft-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T		3,9%	28	723	90	65			3,4%	3,1%	4,1%	2,3%
36.21	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V		23,3%	558	2.394	208	72			24,5%	23,4%		
36.22	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V		11,5%	276	2.394	208	72			10,4%	9,4%		
36.23	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Bruch	V		3,0%	73	2.394	208	72			3,0%	2,8%		
36.24	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Lockerung	V		29,8%	713	2.394	208	72			28,9%	31,1%		
36.25	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Periprothetische Fraktur	V		16,9%	404	2.394	208	72			15,9%	15,3%		
36.26	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Materialabrieb	V		7,2%	172	2.394	208	72			7,2%	8,7%		
36.27	Hüft-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V		3,1%	75	2.394	208	72			3,4%	2,9%		
37 - Kniegelenkersatz														
37.10	Knie-Endoprothesen-Erstimpl. b. Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,0%	3	15.875	102	6	3		0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
37.20	Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen andere, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,8%	5	662	93	65	5		0,6%	0,3%	0,5%	0,1%
38 - Wechsel einer Kniegelenkendoprothese														
38.10	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,8%	15	1.844	95	40	12		1,2%	1,1%		
38.11	Knie-Endoprothesen-Wechsel ohne Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T		0,2%	2	932	88	56			0,4%	0,2%	0,3%	0,1%
38.12	Knie-Endoprothesen-Wechsel wegen Fraktur oder Infektion/Synovitis, Anteil Todesfälle	T		1,5%	8	520	77	64			1,8%	2,1%	1,8%	1,0%
38.21	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V		33,1%	611	1.844	190	80			29,5%	28,9%		
38.22	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Luxation	V		6,9%	127	1.844	190	80			6,6%	5,8%		
38.23	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Bruch	V		2,1%	38	1.844	190	80			3,1%	2,6%		
38.24	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Lockerung	V		23,9%	441	1.844	190	80			24,7%	25,9%		
38.25	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund Materialabrieb	V		7,5%	139	1.844	190	80			5,5%	6,2%		
38.26	Knie-Endoprothesen-Revisionen insg., Anteil Revisionsgrund Schmerzen unkl. Genese	V		5,9%	108	1.844	190	80			4,9%	5,1%		
38.27	Knie-Endoprothesen-Revisionen insgesamt, Anteil Revisionsgrund n.n.b.	V		6,5%	119	1.844	190	80			7,3%	7,3%		
39 - Hüft- oder Kniegelenkersatz Spezialfälle														
39.10	Hüft- oder Knie-Endoprothese bei Tumor, Anteil Todesfälle	T		6,3%	34	536	82	61			4,6%	5,8%	5,9%	3,8%
39.20	Hüft- und Knie-Endoprothese kombiniert, Anteil Todesfälle	T		0,0%		16	15	15			2,6%	0,0%	1,7%	0,0%
40 - Hüftgelenknahe Frakturen														
40.10	Hüftgelenknahe Fraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	< (EW)	3,9%	553	14.320	142	37	8	x	3,5%	3,5%		
40.11	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	0,4%	4	1.117	101	55	4		0,8%	0,7%		
40.12	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	0,7%	10	1.430	109	52	4		1,3%	1,0%		
40.13	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	2,4%	81	3.393	123	45	4		2,1%	2,3%		
40.14	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T	< (EW)	3,5%	96	2.782	122	46	6		3,0%	3,0%		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					bisherige JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI	
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle		KA auff.	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
40.15	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	4,7%	133	2.807	123	51	3		3,8%	3,9%		
40.16	Hüftgelenknahe Fraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	8,2%	229	2.791	113	40	4		8,2%	7,9%		
40.20	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	3,9%	294	7.557	139	39	7		3,5%	3,2%		3,4%
40.21	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	0,3%	2	736	99	68	1		0,3%	0,6%		0,9%
40.22	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	0,4%	4	909	107	67	4		1,3%	0,4%		0,3%
40.23	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	2,6%	49	1.883	118	58	3		2,1%	1,9%		1,0%
40.24	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	4,0%	59	1.487	114	56	6		3,1%	3,0%		2,8%
40.25	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	5,3%	72	1.350	117	65	3		3,9%	4,0%		4,7%
40.26	Schenkelhalsfraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	9,1%	108	1.192	106	62	1		9,4%	8,5%		8,0%
40.31	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Totalendoprothese	V		15,6%	1.179	7.557	139	39			15,4%	14,5%		
40.32	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Teilendoprothese	V		50,4%	3.809	7.557	139	39			47,0%	48,2%		
40.33	Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Versorgung mit Osteosynthese	V		18,9%	1.428	7.557	139	39			20,7%	21,7%		
40.40	Petrochantäre Fraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	T	<(EW)	3,8%	259	6.763	123	35	4		3,6%	3,9%		3,2%
40.41	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 20-59, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	0,5%	2	381	81	70	1		1,7%	0,7%		
40.42	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 60-69, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	1,2%	6	521	86	70	2		1,3%	1,7%		
40.43	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 70-79, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	2,1%	32	1.510	110	53	1		2,1%	2,8%		
40.44	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 80-84, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	2,9%	37	1.295	103	53	2		2,9%	3,1%		
40.45	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe 85-89, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	4,2%	61	1.457	100	41	4		3,6%	3,7%		
40.46	Petrochantäre Fraktur, Altersgruppe >= 90, Anteil Todesfälle	T	<(EW)	7,6%	121	1.599	101	46	4		7,2%	7,4%		
40.51	Hüftgelenknahe Fraktur m. Prothese / Osteosynthese, Anteil präop. VWD >= 2 Tage	V	<(BD)	22,1%	2.677	12.116	111	24	18		22,8%	23,4%		
40.52	Hüftgelenknahe Fraktur m. Prothese oder Osteosynthese, Anteil abnorme Verläufe	K	<(BD)	4,3%	517	12.116	111	24	14		4,5%	4,6%		
41 - Operationen der Wirbelsäule und des Rückenmarks														
41.10	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark insgesamt	M				18.693	91	21			20.670	20.750		
41.11	Operationen an der Wirbelsäule und am Rückenmark, Anteil Todesfälle	T		0,4%	76	18.693	91	21			0,4%	0,4%		
41.12	Operationen an der Wirbelsäule und am RM (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,1%	13	16.020	72	16	9		0,2%	0,1%		
41.13	Operationen am Rückenmark/Spinalkanal	M				689	45	31			768	761		
41.21	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Tumor (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle	T		5,3%	11	208	36	31			3,9%	5,2%	7,1%	2,3%
41.22	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Trauma (inkl. kompl. Rekonstruktionen), Anteil Todesfälle	T		2,6%	45	1.722	65	28			1,8%	2,3%	3,1%	1,6%
41.23	Wirbelsäulen-OP bei Diszitis oder Osteomyelitis der Wirbelsäule, Anteil Todesfälle	T		3,3%	6	183	34	27			4,8%	2,2%	6,6%	5,1%
41.24	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,3%	1	343	35	26			1,1%	0,8%	0,6%	0,0%
41.31	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 1 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,1%	2	3.664	57	12			0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
41.32	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 2 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,0%		765	39	15			0,0%	0,1%	0,2%	0,0%
41.33	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, ab 3 WK (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,0%		288	29	17			0,3%	0,3%	0,7%	0,3%
41.41	Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma), Anteil Todesfälle	T		0,0%		1.168	37	23			0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
41.42	Alleinige Dekompression der Wirbelsäule ohne weitere WS-Eingriffe, Anteil Todesfälle	T		0,0%	2	8.973	57	7			0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
41.43	Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, kompl. WS-OP), Anteil Todesfälle	T		0,1%	1	836	62	35			0,2%	0,2%	0,4%	0,3%
41.50	Andere OP an der Wirbelsäule oder am Rückenmark, Anteil Todesfälle	T		0,9%	8	893	56	34			1,6%	1,5%	1,3%	1,0%

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					bisherige JSP	A-IQI		G-IQI	CH-IQI
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele		KA auff.	Ö 2019	Ö 2018	D 2019
42 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)									x				
42.10	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,5%	4	784	50	21	2	0,6%	0,7%	2,0%	0,5%
42.20	Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O		33,2%	260	784	50	21		32,4%	36,6%	66,4%	63,1%
42.30	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,2%	2	832	46	19	2	0,2%	0,2%	0,5%	0,0%
42.40	Partielle Nephrektomien bei bösartiger Neubildung der Niere, Anteil offene Operationen	O		41,0%	341	832	46	19		37,8%	43,6%	60,2%	40,0%
42.50	Nephrektomien u. part. Nephrektomien b. bösart. Neub. d. Niere, Anteil totale Nephrektomien	O		48,5%	784	1.616	54	20		49,0%	48,2%	55,7%	57,1%
42.60	Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		3,3%	12	362	46	36		4,5%	4,0%	3,9%	1,9%
42.70	Partielle Nephrektomien bei anderer Diagnose, Anteil Todesfälle	T		0,0%		220	37	30		0,0%	0,0%	0,5%	0,7%
42.80	Nephrektomien und partielle Nephrektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	4,0%	87	2.198	58	22	1	4,5%	5,2%		
43 - Eingriffe an der Harnblase										x			
43.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,4%	33	8.614	62	8	1	0,4%	0,6%		
43.11	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase bei Malignom	M				7.570	61	7		8,097	7,723		
43.12	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,9%	74	8.614	62	8	3	1,1%	1,1%		
43.20	Zystektomien, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	3,5%	17	491	39	21	1	4,8%	3,1%	4,8%	2,6%
43.30	Zystektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	14,3%	70	491	39	21	2	18,8%	13,9%		
44 - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)										x			
44.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,2%	12	6.194	60	8	11	0,2%	0,2%		
44.20	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei bösartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T		0,7%	7	998	50	15		0,7%	0,8%	0,8%	0,5%
44.30	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata bei gutartiger Erkrankung, Anteil Todesfälle	T		0,1%	5	5.196	60	9		0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
44.40	Transurethrale Resektionen (TUR) der Prostata, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,3%	16	6.194	60	8	1	0,4%	0,3%		
45 - Radikalentfernung der Prostata										x			
45.10	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil Todesfälle	T	= (SE)	0,0%	1	3.271	51	9	1	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%
45.20	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil offene Operationen	O		35,5%	1.161	3.271	51	9		37,0%	39,1%		
45.30	Radikale Prostatovesikulektomien, Anteil abnorme Verläufe	K	< (BD)	1,2%	39	3.271	51	9	5	1,2%	1,6%		
46 - Nierensteine													
46.10	Hauptdiagnose Nierensteine	M				17.687	125	37		20.709	20.923		
46.20	Hauptdiagnose Nierensteine, Anteil Interventionen zur Steinentfernung	V		47,9%	8.472	17.687	125	37		48,3%	46,8%	52,0%	50,1%
47 - Hautkrankheiten													
47.10	Hauptdiagnose Dermatitis und Ekzem	M				1.621	115	89		2.421	2.417		
47.20	Hauptdiagnose Psoriasis	M				416	64	52		596	717		

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					bisherige JSP	A-IQI		G-IQI D 2019	CH-IQI CH 2019
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle		KA auff.	Ö 2019		
48 - Intensivbetreuung und Beatmung									x				
48.11	Intensivaufenthalte (Alter > 14, SAPS 3 <= 36), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,5%	56	11.973	106	19	8		0,5%	0,4%	
48.12	Intensivaufenthalte (Alter > 14, 36 < SAPS 3 <= 45), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	2,7%	395	14.464	112	16	9		2,3%	2,4%	
48.13	Intensivaufenthalte (Alter > 14, 45 < SAPS 3 <= 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	9,8%	1.398	14.267	108	11	18		8,0%	7,5%	
48.14	Intensivaufenthalte (Alter > 14, SAPS 3 > 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	35,4%	6.436	18.198	111	14	15		32,3%	33,5%	
48.21	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, SAPS 3 <= 44), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	6,0%	200	3.349	103	49	3		5,0%	5,0%	
48.22	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, 44 < SAPS 3 <= 55), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	17,5%	831	4.747	106	23	13		14,3%	13,3%	
48.23	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, 55 < SAPS 3 <= 67), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	29,6%	1.343	4.532	103	16	12		25,9%	26,3%	
48.24	Beatmung > 2 Tage (Alter > 14, SAPS 3 > 67), Anteil Todesfälle	T	< (BD)	46,9%	1.978	4.220	102	25	6		43,5%	45,3%	
48.31	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil ungeplante Wiederaufnahmen auf Intensivseinheiten	K	< (BD)	4,0%	2.366	58.902	113	7	12		4,1%	3,9%	
48.32	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Todesfall nach Aufhalten auf Intensivseinheiten	T	< (BD)	3,3%	1.928	58.902	113	7	23		2,7%	2,7%	
48.33	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil Wegtransferierungen	V		9,5%	5.593	58.902	113	7			8,9%	8,5%	
48.34	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil SAPS 3 <= 36	V		20,3%	11.973	58.902	113	7			22,8%	23,0%	
48.35	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil 36 < SAPS 3 <= 45	V		24,6%	14.464	58.902	113	7			24,9%	25,2%	
48.36	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil 45 < SAPS 3 <= 55	V		24,2%	14.267	58.902	113	7			23,3%	23,4%	
48.37	Intensivaufenthalte (Alter > 14), Anteil SAPS 3 > 55	V		30,9%	18.198	58.902	113	7			29,0%	28,4%	
49 - Transplantationen													
49.10	Herz-Lungen-Transplantationen	M											
49.20	Herztransplantationen	M				59	2				62	67	
49.30	Lungentransplantationen	M				94	2	1			97	107	
49.40	Lebertransplantationen	M				148	3				149	170	
49.50	Pankreastreansplantationen	M				20	2	1			15	19	
49.60	Nierentransplantationen	M				351	4				380	411	
49.70	Stammzelltransplantationen autolog	M				312	11	3			352	358	
49.80	Stammzelltransplantationen allogene	M				235	5				211	239	
50 - Kurze Intensivverweildauer													
50.10	Laparoskopische Cholezystektomien ohne Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,6%	216	13.300	117	7			2,1%	1,9%	
50.20	Hernien-Operationen ohne Darmoperation, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,2%	291	23.987	126	6			1,3%	1,2%	
50.30	Appendektomien, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		1,2%	108	9.387	114	18			1,3%	1,2%	
50.40	Resektionen der Schilddrüse, Anteil Intensivaufenthalte (< 2 Nächte)	I		2,5%	163	6.397	87	16			2,2%	2,5%	
51 - Sentinel													
51.10	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Todesfälle	T	< (BD)	0,1%	202	209.015	156	12	13		0,1%	0,1%	
51.20	Sentinel-Indikatoren gesamt, Anteil Wegtransferierungen	V	< (BD)	0,3%	238	68.798	130	8	10		0,3%	0,3%	

Reguläre Qualitätsindikatoren		Typ	ZW	A-IQI 2021 / Ö 2020					A-IQI		G-IQI	CH-IQI		
				Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele	KA auff.	bisherige JSP	Ö 2019	Ö 2018	D 2019	CH 2019
52 - Wegtransferierungsraten														
52.10	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		37,2%	5.455	14.659	123	25			38,4%	37,7%	16,2%	27,7%
52.11	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		4,2%	837	19.824	140	10			3,8%	3,7%	5,4%	6,0%
52.12	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Anteil Wegtransferierungen	V		34,2%	3.025	8.839	48	18			37,1%	35,4%	10,9%	21,5%
52.13	Diagnostischer Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. Herz-OP (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		5,1%	1.409	27.694	59	24			5,2%	5,7%	4,9%	6,8%
52.14	Isolierter chirurgischer Aortenklappenersatz ohne weitere Herzoperation, Anteil Wegtransferierungen	V		23,5%	184	783	9				21,5%	20,6%	19,6%	3,6%
52.15	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		31,7%	44	139	9	3			32,9%	28,3%	30,7%	6,6%
52.16	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		22,9%	421	1.839	10	1			25,0%	22,7%	23,6%	2,7%
52.17	Hauptdiagnose Schlaganfall alle Formen (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		23,3%	4.964	21.265	138	34			23,1%	22,4%	15,7%	19,2%
52.18	Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		20,9%	3.724	17.836	128	34			20,8%	19,8%	13,3%	15,3%
52.19	Hauptdiagnose Pneumonie o. Zutransfer/Tumor/Mukovisz., Alter > 19, Anteil Wegtransferierungen	V		4,9%	963	19.514	138	14			3,7%	3,6%	5,4%	3,7%
52.20	HD Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD, o. Tumor, Alter > 19), Anteil Wegtransferierungen	V		4,4%	492	11.126	137	17			3,8%	4,1%	4,8%	3,9%
52.21	Kolorektale Resektionen insgesamt, Anteil Wegtransferierungen	V		4,5%	351	7.730	119	22			4,9%	4,7%	4,3%	2,3%
52.22	Abdominales Aortenaneurysma n. rupt., offene u. endovask. Ingr., Anteil Wegtransferierungen	V		5,2%	35	670	33	14			4,2%	4,7%	3,3%	3,4%
52.23	Operationen der Becken-/Beinarterien, Anteil Wegtransferierungen	V		4,9%	169	3.423	60	18			6,4%	6,1%	4,6%	5,1%
52.24	Hüft-Endoprothesen-Erstimpl. b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Wegtransferierungen	V		4,6%	695	15.154	109	12			5,1%	5,3%	1,6%	0,5%
53 - Mindestmengen														
53.10	Ösophaguschirurgie	M	> (BM)			263	21	11	11		236	244		
53.20	Eingriffe am Pankreas	M	> (BM)			1.029	52	24	24		1.016	1.001		
53.30	Adipositas-Chirurgie	M	> (BM)			2.006	43	10	16		2.739	2.722		
53.40	Carotis - Thrombendarterektomie	M	> (BM)			2.233	42	10	16		2.520	2.487		
53.50	Leberchirurgie	M	> (BM)			664	49	29	29		678	738		

2.4 Qualitätsindikatoren Ergebnisse – Zusatzauswertungen

Folgend werden die Ergebnisse der Zusatzauswertungen Augenheilkunde, Gynäkologie/Geburtshilfe und Prothesen-Revisionen auf Bundesebene dargestellt. Die Ergebnisse werden mit der letzten verfügbaren Datenbasis dargestellt, wenn möglich mit einem Vergleichswert aus 2019 und 2018. Bei vielen Indikatoren ist es nicht möglich, für die Grundgesamtheit das Datenjahr 2020 heranzuziehen (z.B. bei der Betrachtung der Wiederaufnahmen). Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Datenjahr 2020 in diesen Fällen für die Folgeaufenthalte herangezogen wird. Sofern das Ausgangsjahr nicht 2020 ist, wird dies in der Ergebnistabelle angeführt.

2.4.1 Augenheilkunde

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

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

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

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

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

Augenheilkunde		A-IQI 2020 (Ausgangsjahr 2019)							Ö 2019 (AJ 2018)	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle		KA auff.
01 - Katarakt										
01.10	Katarakt-Operationen links	M				57.000	61	5	55.971	
01.20	Katarakt-Operationen rechts	M				57.376	61	5	56.490	
01.30	Katarakt-Operationen, Anteil mit traumatischem Katarakt	V		0,10%	112	114.376	62	6	0,10%	
01.40	Katarakt-Operationen, Anteil mit vorderer Vitrektomie am selben Tag	K	< (BD)	0,28%	324	114.264	62	6	5	0,32%
01.50	Katarakt-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen mit Vitrektomie	K	< (BD)	0,15%	165	111.627	62	6	5	0,21%
01.60	Katarakt-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen mit einer Leistung im Bereich Augen	K	< (BD)	0,49%	551	111.627	62	6	3	0,56%
01.70	Katarakt-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen auf einer Augenabteilung ohne operative Leistung	K	< (BD)	0,32%	355	111.627	62	6	5	0,16%
02 - Schiel-Operation										
02.10	Schieler Operationen bei Kindern	M				594	25	7	627	
02.20	Schieler Operationen bei Erwachsenen	M				881	28	10	827	
02.30	Schieler Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 6 Monaten bei Kindern	K	< (BD)	0,51%	3	590	25	7	2	0,48%
02.40	Schieler Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 6 Monaten bei Erwachsenen	K	< (BD)	1,15%	10	867	28	10	3	1,21%
03 - Glaukom-Operation										
03.10	Glaukom-Operationen	M				1.865	37	11	1.973	
03.20	Glaukom-Operationen, Anteil Wiederaufnahmen innerhalb von 12 Monaten	K	< (BD)	15,94%	254	1.593	37	12	2	15,81%

2.4.2 Gynäkologie und Geburtshilfe

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

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

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

(3) Versorgung: Zum Thema Geburt werden mit Fokus auf die Mutter Todesfälle, Intensivaufenthalte, schwere Dammrisse und Kaiserschnitte dargestellt. Die Geburten werden nach Gestationsalter dargestellt, wobei betrachtet wird, ob diese in Krankenhäusern der richtigen Versorgungsstufe entbunden wurden. Des Weiteren werden die Anzahl an Mehrlingsgeburten, stationär aufgenommenen Neugeborenen und der Anteil an Geburten mit angeborenen Fehlbildung ausgewiesen.

(4) Mammarresektionen: Es wird bei brusterhaltenden Resektionen der Mamma ausgewiesen, wie häufig Folgeresektionen (innerhalb von 3 Monaten / 5 Jahren) notwendig waren.

		A-IQI 2020								
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	Ö 2019
Neugeborene										
02 - Ausstattung										
Betten										
02.10	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 1)	M			194	29	26		204	197
02.11	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 2)	M			492	66	56		475	507
02.12	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 3)	M			696	33	14		683	672
02.13	Erwachsenen Intensivüberwachungseinheit (IMCU)	M			616	84	68		576	546
02.14	Kinder Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU)	M			224	16	8		225	222
02.15	Kinder Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU)	M			315	35	30		306	303
02.16	Neonatalogie (NIMCU und NICU)	M			316	28	17		308	301
02.17	Kinderchirurgie	M			230	7			266	261
02.18	Kinder- und Jugendheilkunde	M			1.227	44	5		1.286	1.288
Aufenthalte										
02.19	Neonatalogie (NIMCU und NICU)	M			7.067	28			9.731	9.335
02.20	Kinder Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU)	M			7.501	16			8.182	7.870
02.21	Kinder Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU)	M			11.895	35			13.404	13.003
03 - Versorgung										
Geburten										
03.10	Geburten	M			81.677	82	3		83.359	84.340
03.11	Geburten, Anteil Todesfälle der Mutter	T = (SE)	0,00%	1	81.677	82	3	1	0,00%	0,00%
03.12	Geburten, Anteil Intensivaufenthalte der Mutter	I < (BD)	0,45%	370	81.677	82	3	10	0,50%	0,54%
03.15	Vaginale Geburten, Anteil Dammriss 3. und 4. Grades	K	2,23%	1.267	56.933	80	1		2,09%	2,02%
03.16	Geburten, Anteil Kaiserschnitte (Sectiorate)	O	30,30%	24.752	81.677	82	3		30,25%	29,41%
03.17	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter < 35	O	27,94%	17.423	62.358	80	1		27,98%	27,11%
03.18	Geburten, Anteil Kaiserschnitte, Alter >= 35	O	37,94%	7.329	19.319	81	2		37,51%	37,15%
03.19	Mehrlingsgeburten	M			1.001	60	36		1.022	1.055
03.20	Stationär aufgenommene Neugeborene	M			9.476	53	7		9.578	9.213
Geburten nach Gestationsalter										
03.21	Geburten mit Gestationsalter 35 bis 42 vollendete SSW	M			79.612	82	3		n.v.	n.v.
03.22	Geburten mit Gestationsalter 25 bis 34 vollendete SSW	M			2.024	60	27		n.v.	n.v.
03.23	Geburten mit Gestationsalter 21 bis 24 vollendete SSW	M = (SE)			191	33	28	25	n.v.	n.v.
03.24	Geburten mit Gestationsalter 21 bis 32 vollendete SSW	M = (SE)			1.167	61	42	24	n.v.	n.v.
03.25	Geburten, Anteil Wegtransferierungen des Kindes bei Gestationsalter bis 32 vollendete SSW	V < (BD)	2,40%	28	1.167	62	43		n.v.	n.v.
03.26	Geburten, Anteil mit angeborenen Fehlbildungen	V	0,06%	46	81.677	82	3		0,07%	0,07%

Gynäkologie/Geburtshilfe		A-IQI 2020									
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	Ö 2019	Ö 2018
Gynäkologie											
04 - Mammaresektionen											
04.10	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs (Ausgangsjahre 2015 bis 2019), Anteil mit Folgeresektion innerhalb von 3 Monaten	V	< (BD)	10,95%	2.681	24.487	101	19	16	n.v.	n.v.
04.20	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs (Ausgangsjahr 2015), Anteil mit Folgeresektion innerhalb von 5 Jahren	V	< (BD)	3,57%	165	4.627	91	22	3	n.v.	n.v.

2.4.3 Prothesen-Revisionen

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

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

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

Prothesen-Revisionen		A-IQI 2020 (Ausgangsjahr 2019)							Ö 2019 (AJ 2018)	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle		KA auff.
01 - Hüftendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres										
01.10	Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,69%	580	21.573	114	4	10	3,00%
01.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		91,21%	529	580	98	81		91,63%
01.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		8,79%	51	580	98	81		8,37%
01.20	Hüftendopr. Erst-OP b. Koxarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	2,26%	377	16.694	109	10	7	2,49%
01.30	Hüftendopr. Erst-OP b. Schenkelhals- u. pertroch. Frak., Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	3,35%	146	4.357	102	26	3	3,63%
01.40	Hüftendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	7,83%	39	498	90	74		11,54%
01.50	Hüftendopr. Erst-OP, Anteil Rev. (innerh. 12 Monate) mit Revisionsgr. "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	0,32%	69	21.573	114	4	11	0,34%
01.51	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		100,00%	69	69	38	38		98,67%
01.52	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		0,00%	0	69	38	38		1,33%
02 - Knieendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres										
02.10	Knieendoprothesen Erst-OP gesamt, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	2,29%	440	19.231	106	9	9	2,43%
02.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		92,50%	407	440	87	76		92,75%
02.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		7,50%	33	440	87	76		7,25%
02.20	Knieendopr. Erst-OP b. Gonarthrose u. chron. Arthritis, Anteil Revisionen (innerh. 12 Monate)	K	< (BD)	1,98%	369	18.682	106	10	7	2,17%
02.30	Knieendoprothesen Erst-OP andere, Anteil Revisionen (innerhalb 12 Monate)	K	< (BD)	11,71%	63	538	88	73		9,63%
02.40	Knieendopr. Erst-OP, Anteil Rev. (innerh. 12 Monate) mit Revisionsgr. "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	0,12%	24	19.231	106	9	9	0,17%
02.41	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		100,00%	24	24	18	18		100,00%
02.42	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		0,00%	0	24	18	18		0,00%

2.5 Qualitätsindikatoren Ergebnisse – Qualitätsregister

Es sind die bundesweiten Ergebnisse folgender drei Qualitätsregister beinhaltet: Herzchirurgie-Register, Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder und Stroke-Unit-Register. Die Ergebnisse werden mit Datenbasis 2020 dargestellt, wenn möglich mit einem Vergleichswert aus 2019, 2018 und 2017. Die Datenqualität stellt eine große Herausforderung für die Beteiligten in den Krankenanstalten und der GÖG dar. An der Erhöhung der Datenqualität wird kontinuierlich gearbeitet. Die Auswertungen zum Revisions-Register konnten bis zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht fertiggestellt werden und fehlen deshalb im vorliegenden Kapitel. Sie werden im A-IQI Bericht 2022 wieder abgebildet sein.

2.5.1 Herzchirurgie-Register

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

(V) Vollzähligkeit: Es werden die im Register dokumentierten Fälle mit den in der Diagnose und Leistungsdokumentation (DLD) erfassten Aufgehalten abgeglichen. Eine unspezifische Leistung (MEL DZ099 Sonstige Operationen - Herz und herznahe Aorta) aus der DLD wird nicht einbezogen, da diese auch Operationen an der Aorta beinhaltet. Es kann dadurch zu Übervollzähligkeiten (mehr Fälle im Register als der DLD) kommen.

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

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

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

Herzchirurgie-Register		Ö2020	Typ	Zielbereich	Fälle Register	Fälle DLD	Vollzähligkeit %
V	Vollzähligkeit	105%	Z	>(EW) 95,00%	5.730	5.455	105,04%

	Ö2020	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	Ö2019	Ö2018	Ö2017	
Herzchirurgie										
1 Performance-Ratio	0,73	T	< (EW)	1	0,73	3,44	4,69	0,72	0,88	0,80
2 Performance-Ratio, isol. BypassOP	0,8	T	< (EW)	1	0,8	2,16	2,71	0,64	0,76	0,68
3 Performance-Ratio, isol. AortenklappenOP	0,73	T	< (EW)	1	0,73	1,96	2,69	0,45	0,68	0,83
4 Performance-Ratio, bei elektiven OP	0,60	T	< (EW)	1	0,60	1,86	3,12	0,51	0,70	0,74
5 Rethorakotomie wegen Nachblutung im Krankenhaus	5,66%	K	< (BD)	5,66%	5,66%	325	5.740	4,87%	4,40%	4,39%
6 Rethorakotomie wegen tiefem Wundinfekt im Krankenhaus	1,64%	K	< (BD)	1,64%	1,64%	94	5.739	1,59%	1,71%	1,75%
7 Schlaganfallrate (zentralneurologischer Schaden länger 72 Stunden)	1,69%	K	< (BD)	1,69%	1,69%	97	5.740	2,13%	1,81%	1,51%
8 Verwendung der Arteria thoracica interna	95,20%	O	> (EW)	90,00%	95,20%	1.843	1.936	96,01%	94,52%	94,30%

2.5.2 Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder

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

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

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

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

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

Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder		Ö2020	Typ	Zielbereich	Fälle Reg.	Fälle DLD	Vollzähligkeit %	Ö2019
V	Vollzähligkeit Herzschrittmacher-Implantation	92,67%	Z	> (EW) 90%	7.067	7.626	92,67%	91,41%
V	Vollzähligkeit ICD-Implantation	80,44%	Z	> (EW) 90%	1.740	2.163	80,44%	75,27%
V	Vollzähligkeit Looprecorder-Implantation	93,38%	Z	> (EW) 90%	1.482	1.587	93,38%	80,24%

Herzschrittmacher		Ö2020	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	Ö2019
1	HSM-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	1,61%	K	< (BD) 1,61%	1,61%	26	1.615	1,95%
2	perioperative Komplikationen bei HSM-Implantation	1,25%	K	< (BD) 1,25%	1,25%	82	6.549	1,15%
3	telemedizinische Nachsorge	13,32%	M	> (BD) 13,32%	13,32%	447	3.357	11,12%

ICD		Ö2020	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	Ö2019
4	ICD-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	3,29%	K	< (BD) 3,29%	3,29%	12	365	1,62%
5	perioperative Komplikationen bei ICD-Implantation	1,44%	K	< (BD) 1,44%	1,44%	25	1.740	1,85%
6	telemedizinische Nachsorge	58,81%	M	> (BD) 58,81%	58,81%	594	1.010	48,27%

Looprecorder		Ö2020	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	Ö2019
7	Loop-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	1,71%	K	< (BD) 1,71%	1,71%	6	350	3,06%
8	telemedizinische Nachsorge	74,69%	M	> (BD) 74,69%	74,69%	732	980	70,89%

2.5.3 Stroke-Unit-Register

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

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

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

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

(7) Rekanalisationsrate nach Angiographie-Ende.

(8) Pneumonie: Prozentanteil der Patient:innen bei denen eine Pneumonie als Komplikation dokumentiert wurde.

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

Stroke-Unit-Register		Ö2020	Typ	Zielbereich	Fälle Register	Fälle DLD	Vollzähligkeit %	KI
V1	Fälle mit Aufnahmediagnose Schlaganfall		Z		14.599			
V2	Fälle mit dokumentierter Entlassungsdiagnose	86,17%	Z	>(EW) 90,00%	13.703	15.903	86,17%	(85,62;86,69)

Stroke-Unit-Register		Ö2020	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	Ö2019	Ö2018	Ö2017
1	1. Bildgebung <= 30 Min. nach Krankenhaus-Aufnahme	47,31%		>(BD) 47,31%	47,31%	6.028	12.742	43,05%	46,72%	46,33%
2	1. Untersuchung hirnzuführende Gefäße <= 24 nach Krankenhaus-Aufnahme	90,25%		>(BD) 90,25%	90,25%	9.699	10.747	79,29%	76,88%	76,88%
3	Door to Needle Time <= 60 Min.	68,33%		>(BD) 68,33%	68,33%	1.661	2.431	70,44%	70,62%	67,00%
4	Lyserate ausgewählte Patienten	71,55%		>(BD) 71,55%	71,55%	825	1.153	71,01%	71,24%	69,02%
5	1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. Zutransport anderes Krankenhaus	18,18%		>(BD) 18,18%	18,18%	24	132	18,42%	29,63%	38,68%
6	1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. Zutransport direkt	57,00%		>(BD) 57,00%	57,00%	167	293	65,53%	65,16%	65,71%
7	TICI-Score bei Angio-Ende	83,95%		>(BD) 83,95%	83,95%	434	517	84,57%	84,31%	77,40%
8	Pneumonie	4,16%	K	<(BD) 4,16%	4,16%	569	13.673	4,00%	3,91%	4,58%
9	Erfolgsquote leichte Fälle	47,05%		>(BD) 47,05%	47,05%	3.115	6.621	50,85%	49,08%	49,12%
10	Erfolgsquote mittelschwere Fälle	23,88%		>(BD) 23,88%	23,88%	611	2.559	24,05%	24,44%	23,22%
11	Erfolgsquote schwere Fälle	12,29%		>(BD) 12,29%	12,29%	206	1.676	12,73%	12,50%	12,34%

3 Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen aus den Peer-Review-Verfahren

Jährlich findet im Herbst ein Peer-Review-Follow-Up statt (Ausnahme 2020/2021 aufgrund von COVID-19). Dort werden aktuelle nationale und internationale Themen aus IQI vorgestellt und die Ergebnisse aus den aktuellen Peer-Review-Verfahren präsentiert und diskutiert.

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

3.1 Hüftgelenknahe Frakturen

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

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

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

- Ergänzung 1: Behandlung hüftnaher Frakturen bei zuvor oral antikoagulierten Patient:innen und Verfügbarkeit von Idarucizumab

Ergänzung 2: Behandlung hüftnaher Frakturen bei Patient:innen unter Antiplättchentherapie (APT).

In den Ergänzungen finden sich jeweils allgemeine Prozessbeschreibungen wie bspw. Zeitpunkt der Operation, Blutungsrisiko, Hinweise zur Verabreichung oder interdisziplinäre Managemententscheidungen.

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

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

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

- **Traumatologie des Alters** (Perioperatives Management und Interdisziplinarität, Optimierung der postoperativen Strukturen für diese Patient:innen z.B. abgestufte Versorgung ICU/IMCU, medikamentöse Interaktionen, Transfusionsschwelle): Inhaltliche Darstellung der Thematik (Was ist wichtig in der Betreuung von geriatrischen Patient:innen?) soll im Wiss. Beirat A-IQI erfolgen. Diese befindet sich derzeit in Erarbeitung. Davon ausgehend sind fondsintern entsprechende Maßnahmen zu setzen.
- **Patient Blood Management (PBM)**: Forcierung der Umsetzung (z.B. Darstellung durch LKF Daten) und Erhöhung des Bekanntheitsgrads des Qualitätsstandards durch das BMSGPK und die Fonds. Die Thematik der Datenaufbereitung wird im Wissenschaftlichen Beirat bearbeitet. Ein Produkt zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades wurde seitens des BMSGPK bereits erarbeitet und den Fonds zur Verfügung gestellt– Qualitätsstandard PBM als Patienteninformation und „leichter-Lesen-Variante“.

3.2 Schlaganfall

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

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

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

Der Qualitätsstandard IV Schlaganfall umfasst sämtliche Versorgungsphasen – Notfallmanagement, Versorgung im Krankenhaus, Rehabilitation und ambulante Nachbetreuung, 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-Patient:innen zu dokumentieren ist, unabhängig von der Abteilung, in der sie behandelt wurden. Eine zusätzliche Dokumentation gab es bisher nur auf der Stroke-Unit und für die endovaskuläre Therapie. Die Schlaganfalldokumentation ändert sich nun durch das 3-stufige durchlässige Dokumentationskonzept.

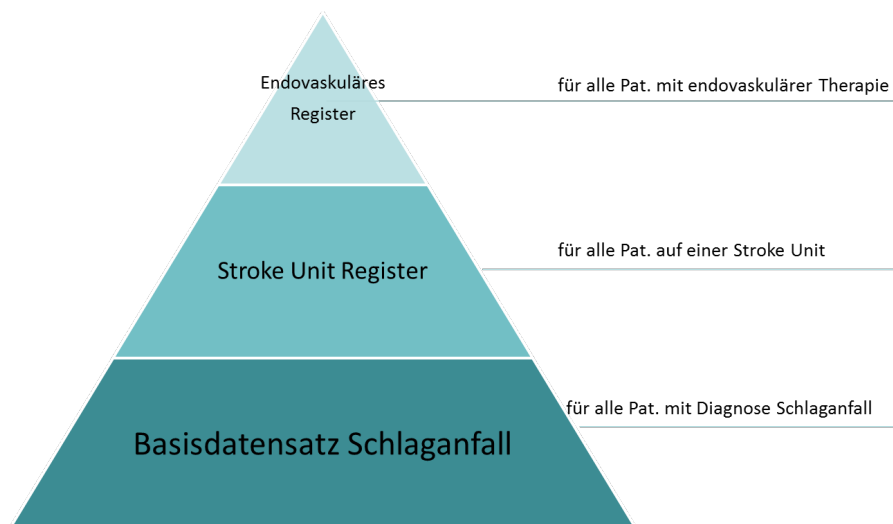


Abbildung 2: 3-stufige Schlaganfalldokumentation (Quelle: BMASGK 2018)

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

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

3.3 Cholezystektomie

Bei den 11 Peer-Review-Verfahren zum Thema Cholezystektomie und auch bei mehreren anderen „operativen“ Peer-Review-Verfahren spielten interdisziplinäre und multiprofessionelle

Fallkonferenzen eine wichtige Rolle. Häufige Verbesserungsmaßnahmen betrafen die Installation verschiedener Gremien:

- präoperative Fallkonferenzen (für komplexe bzw. multimorbide Patient:innen, 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 Patient:innensicherheit noch deutlicher in den Fokus. (vgl. Bundesärztekammer 2016)

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

3.4 Urologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie

In den Peer-Review-Verfahren im Jahr 2016 war ein wesentliches Thema die Zentralisierung von hochkomplexen seltenen Eingriffen, um eine hochwertige Versorgung für Patient:innen 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 erfolgt dem Zielsteuerungs-Prozess entsprechend. Ein Auszug relevanter Informationen soll über www.kliniksuche.at zur Verfügung gestellt werden.

4 www.kliniksuche.at



www.kliniksuche.at: Finden Sie das passende Krankenhaus. Wir geben Ihnen Orientierung.

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

4.1 Grundlagen

Ziele:

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

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

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

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

Folgende Informationen sind aktuell abrufbar:

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

4.2 Inhalte

Leistungen & Diagnosen

Derzeit sind Informationen zu 48 verschiedenen Leistungen und Diagnosen aus 8 Themengebieten abrufbar. Die Daten werden auf Krankenanstaltenebene dargestellt und einer qualitativen Bewertung unterzogen.



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

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

Die 48 Leistungen und Diagnosen werden, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, je Krankenhaus in den folgenden Kategorien dargestellt: Anzahl Fälle, Kriterien für den Aufenthalt und Allgemeine Kriterien.

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

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

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

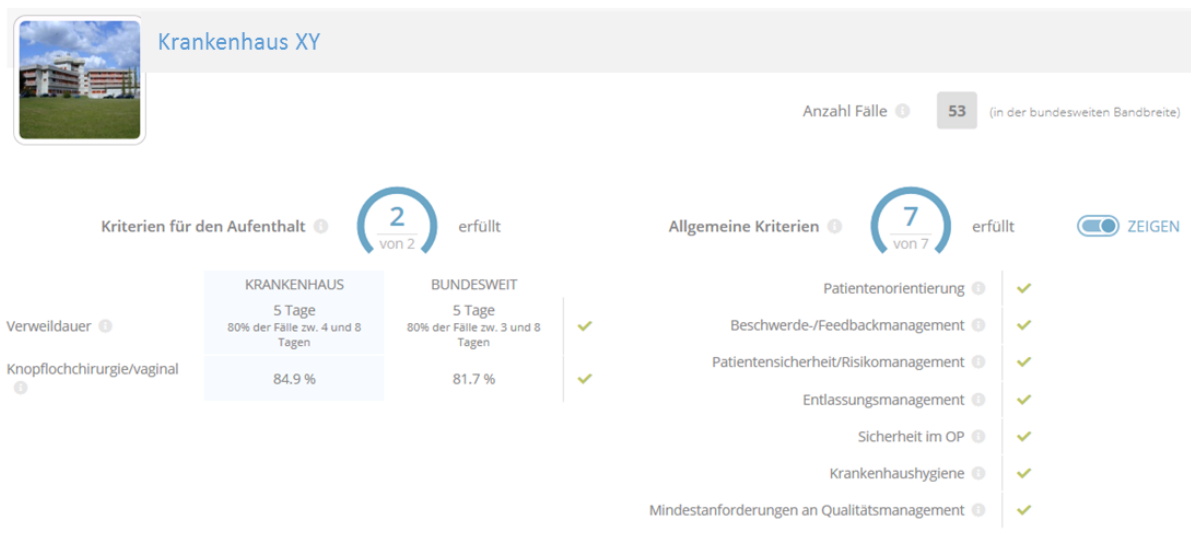


Abbildung 4: Kliniksuche.at – Beispielkrankenhaus Gebärmutterentfernung (Quelle: www.kliniksuche.at)

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

- Verweildauer in Tagen (Median, zusätzlich wird eine Zeitspanne angegeben, wie viele Tage der Großteil der Patient:innen im Krankenhaus verbringt)
- Präoperative Verweildauer
- Operationstechnik
- Tagesklinik-Anteil.

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

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

Jedes Einzelkriterium wird bewertet:

✘ nicht erfüllt ○ teilweise erfüllt ✔ erfüllt.

Krankenhäuser

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

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

Abteilungen und Ambulanzen

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

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

Ende jeden Jahres werden alle Krankenhäuser aufgefordert, die Daten in der Strukturdatenbank zu aktualisieren. Etwaige Änderungen werden automatisch übernommen.

4.3 Updates, Weiterentwicklung

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

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

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

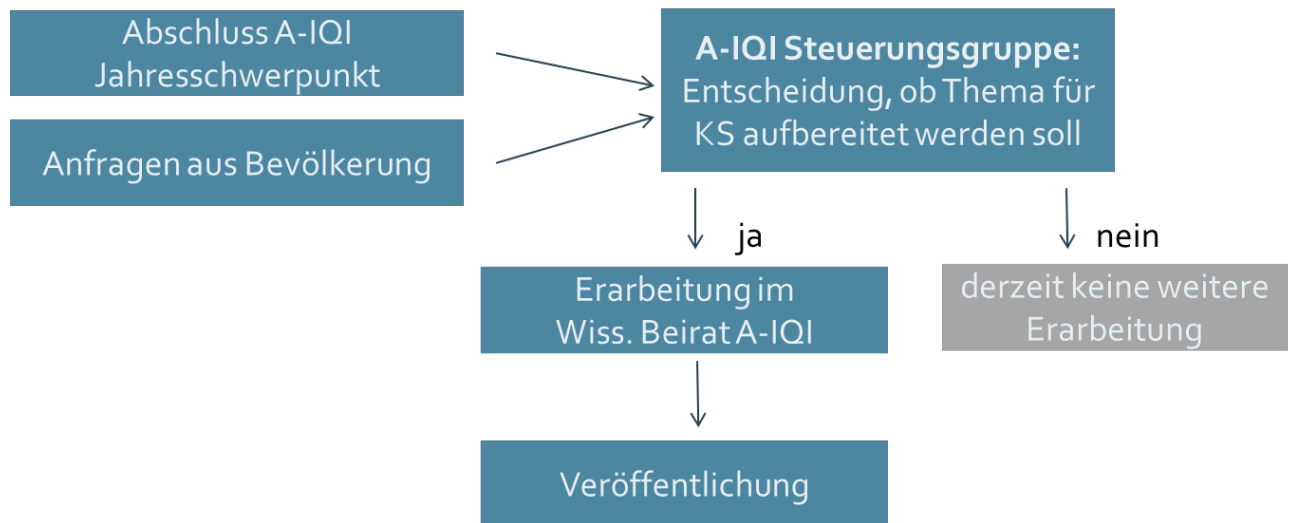


Abbildung 5: Weiterentwicklung kliniksuche.at

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

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

Mögliche Schritte zur Weiterentwicklung der Plattform werden im Kapitel 5 näher erläutert.

5 Veröffentlichung von Qualitätsdaten

Die Fachgruppe Versorgungsprozesse erteilte im Zuge der Abnahme des A-IQI Berichts 2020 der A-IQI Steuerungsgruppe den Arbeitsauftrag, einen stufenweisen Vorschlag zur Erhöhung der Transparenz von Qualitätsdaten zu erarbeiten. Das vorliegende Kapitel beinhaltet einen Überblick zur Thematik sowie das weitere geplante Vorgehen dazu.

5.1 Überblick

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

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

2 ausgewählte Passagen hinsichtlich Transparenz:

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

Zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten werden aktuell mehrere Instrumente eingesetzt wie etwa der vorliegende A-IQI Bericht sowie Kliniksuche.at im Projekt A-IQI oder der Bericht der Qualitätsberichterstattung. Alle eignen sich grundsätzlich dazu, die Transparenz zu erhöhen. Vermehrte Transparenz könnte durch zusätzliche Ebenen (z.B. Bundesland- oder Krankensebene) oder zusätzliche Inhalte (z.B. neue Kennzahlen zu bestehenden Themengebieten, neue Themengebiete) innerhalb der bestehenden Instrumente oder durch Schaffung neuer Instrumente erreicht werden.

Wesentlich bei der Wahl des Instruments zur Erhöhung der Transparenz ist die gewünschte Zielgruppe, die adressiert werden soll. Je nach Zielgruppe sollte sich das weitere Vorgehen grundsätzlich unterscheiden:

Zuordnung Instrument/Zielgruppe

A-IQI Bericht	Zielgruppe Zielsteuerungspartner (ZP), Expert:in (E)
Kliniksuche.at	Zielgruppe Bürger:in (B)
Qualitätsberichterstattung Bericht	Zielgruppe Zielsteuerungspartner, Expert:in

Tabelle 8: Zuordnung Zielgruppe zu bestehenden Instrumenten

5.2 Empfehlungen, weiteres Vorgehen

Es wird empfohlen, eine Steigerung der durchgängigen Nachvollziehbarkeit und Klarheit für alle Zielgruppen in den bestehenden Berichten bzw. Kliniksuche.at vorzunehmen. Die Erstellung zusätzlicher Berichte oder der Aufbau weiterer Tools wird für den Versorgungsbereich Krankenhaus als nicht sinnvoll erachtet. Priorisiert sollte die Zielgruppe Bürger:in und somit Kliniksuche.at werden.

Neben einer Ausweitung von transparenten Daten für den Versorgungsbereich Krankenhaus sollte jedenfalls eine Diskussion über die Einführung einer Transparenz zum niedergelassenen Versorgungsbereich geführt werden.

In der praktischen Umsetzung ist insbesondere bei Qualitätskennzahlen auf die Wahl der Kennzahlen, die Bezeichnung und die Darstellung zu achten. Eine „robuste“ Datenbasis ist essentiell (z.B. statistisch signifikante Abweichungen, Betrachtung mehrerer Datenjahre). Bei der Wahl der Parameter sollten u.a. folgende Faktoren betrachtet werden:

- Nutzen für die Zielgruppe im Hinblick auf Unterstützung zur Entscheidungsfindung erkennlich?
- Verständliche Darstellung möglich?
- Robuste Datenbasis vorhanden?
- Einbezug von Bewertungskriterien bzgl. der Eignung zur Veröffentlichung.
- Mögliche Auswirkungen auf das Gesamtprojekt.

Bis Ende 2022 werden innerhalb des Wissenschaftlichen Beirates A-IQI gemeinsam mit zusätzlichen Expert:innen Vorschläge zur Nachvollziehbarkeit und Unmissverständlichkeit, insbesondere zur Weiterentwicklung von Kliniksuche.at, erarbeitet werden.

6 Ausblick 2022

Ab dem Jahr 2022 werden nach den COVID-19-bedingten Absagen in den Jahren 2020 und 2021 wieder Peer-Verfahren-Verfahren stattfinden. Für das laufende Jahr wurden folgende Schwerpunkte festgelegt:

- Geburtshilfe
- Schlaganfall (eingeschränkt auf den Fachbereich Neurologie).

Neben den regulären A-IQI Indikatoren fließen erstmals bei diesen Schwerpunkten auch Indikatoren aus der A-IQI Zusatzauswertung Gynäkologie/Geburtshilfe und dem Stroke-Unit-Register ein. Auch für das Jahr 2022 wurden darüber hinaus bereits schwerpunktunabhängige, freiwillige Peer-Review-Verfahren festgelegt.

Auch für Kliniksuche.at werden stetig neue Inhalte ausgearbeitet, Anfragen bearbeitet und bei Bedarf die zur Verfügung gestellten Informationen erweitert. Weiters sind mehrere Maßnahmen zur Nutzungssteigerung und Eingabevereinfachungen (Automatisierung) geplant. Bis Ende 2022 sollen innerhalb des Wissenschaftlichen Beirates Vorschläge zur Weiterentwicklung von Kliniksuche.at erarbeitet werden.

Ab der A-IQI Version 2022 sollen zudem weitere Zusatzauswertungen und auch Analysen zur Versorgungsdichte in den regulären A-IQI Prozess integriert werden.

Der Einbezug der Pflege in ausgewählte Peer-Review-Verfahren (z.B. Intensiv) hat sich beim Verein Initiative Qualitätsmedizin sehr bewährt und soll 2022 auch für das A-IQI Projekt geprüft werden.

Auf ein weiteres erfolgreiches Jahr!

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (2021): Statistiken zur Krankenversicherung, Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2019. Bern: BAG.

Bundesärztekammer (2016): Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Berlin: Bundesärztekammer.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf (letzter Zugriff am 14.01.2022)

BMASGK (2018): Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall. Wien: BMASGK.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandard-Integrierte-Versorgung-Schlaganfall.html> (letzter Zugriff am 14.01.2022)

BMSGPK (2021): Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten A-IQI. Indikatorenbeschreibung Version 2021. Wien: BMSGPK.
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/Qualitaetsindikatoren.html> (letzter Zugriff am 18.01.2022)

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

Nimptsch, U. / Mansky, T. (2021): G-IQI German Inpatient Quality Indicators Version 5.3. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2019 Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin.

Türk, S. / Amon, M. / Rath, I. / Vukic I. (2019): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) Organisationshandbuch. Organisationsablauf und Systembeschreibung. Wien: BMASGK
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html> (letzter Zugriff am 14.01.2022)