

**Zielsteuerung-Gesundheit**

Bund • Länder • Sozialversicherung

# Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Bericht 2023

**Abgenommen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss  
im Juni 2024**

# Impressum

**Fachliche Begleitung durch die Steuerungsgruppe A-IQI und die Fachgruppe Versorgungsprozesse.**

**Erstellt von Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz:**

Margarita Amon

Ines Vukic

**Zitiervorschlag:**

BMSGPK (2024): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI). Bericht 2023. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

**Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:**

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Stubenring 1, 1010 Wien

**Für den Inhalt verantwortlich:**

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, vertreten durch SL Katharina Reich (BMSGPK, Sektion VII)

**Erscheinungsdatum:**

Wien, im Juni 2024



# Kurzfassung

## Hintergrund

Austrian Inpatient Quality Indicators, kurz A-IQI, ist ein System zur einheitlichen Messung der Versorgungsqualität in Krankenanstalten. Die Version 1.0 der Austrian Inpatient Quality Indicators entstand 2010 in Zusammenarbeit zwischen dem Niederösterreichischen Krankenanstaltenträger und den Helios-Kliniken. Die österreichweite Ausrollung des Projekts startete Mitte 2011. Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 wurde die bundesweite Umsetzung von A-IQI beschlossen.

Als Datengrundlagen für die Indikatoren werden die Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung und die bundesweiten Qualitätsregister herangezogen.

2013 fanden basierend auf den A-IQI Ergebnissen der Krankenhäuser die ersten Peer-Review-Verfahren zu den Jahresschwerpunkten Herzinfarkt, Pneumonie und Schenkelhalsfraktur statt. Das Peer-Review-Verfahren ist das Herzstück von A-IQI und fungiert als Analyseinstrument zur Identifikation von Verbesserungspotential in der Patient:innenversorgung. In 24 Schulungen wurden bisher über 200 Peers für den Einsatz in A-IQI geschult und bis 2023 fanden über 200 Verfahren statt. Für das Jahr 2023 wurden die Jahresschwerpunkte Herzinsuffizienz und Bauchchirurgie ausgewählt.

## A-IQI Zyklus

Die laufenden, wiederkehrenden Arbeiten im Projekt finden entlang des A-IQI Zyklus innerhalb von 5 Kategorien – Indikatorenentwicklung, Messung, Peer-Review-Verfahren, Monitoring und Transparenz – statt.

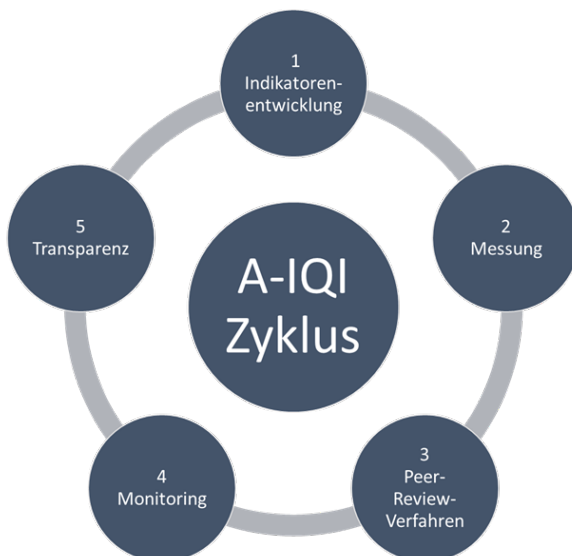


Abbildung 1: A-IQI Zyklus (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

**Ausgewählte Indikatorenergebnisse <sup>1</sup> Herzinsuffizienz und Bauchchirurgie**



<b>Herzinsuffizienz</b>	02.10 Herzinsuffizienz, Todesfälle	9,69%
	02.11 Herzinsuffizienz, Alter 20–44, Todesfälle	4,10%
	02.12 Herzinsuffizienz, Alter 45–64, Todesfälle	3,55%
	02.13 Herzinsuffizienz, Alter 65–84, Todesfälle	7,57%
	02.14 Herzinsuffizienz, Alter >= 85, Todesfälle	14,09%
	02.20 Linksherzinsuffizienz, Todesfälle	8,23%
<b>Cholezystektomie, Operation von Hernien</b>	16.10 Cholezystektomien, offene OP	4,89%
	16.20 Cholezystektomien, Todesfälle	0,36%
	16.30 Cholezystektomien, Re-OP im gleichen Aufenthalt	0,83%
	16.50 Laparoskopische Cholezystektomien, Intensiv (>= 2 Nächte)	1,53%
	16.60 Laparoskopische Cholezystektomien, Umsteiger	1,37%
	16.70 Laparoskopische Cholezystektomien, ERCP nach OP-Tag	1,69%
	17.20 Hernien-Operationen, Todesfälle	0,05%
	17.30 Hernien-Operationen, Intensiv (>= 2 Nächte)	0,58%
<b>Kolorektale Operationen, Magenoperationen</b>	18.21 Kolorektale Resektionen, Todesfälle	5,67%
	18.22 Kolorektale Resektionen, Re-OP im gleichen Aufenthalt	13,59%
	18.60 Appendektomien, Intensiv (>= 2 Nächte)	1,45%
	19.21 Magenresektionen bei Magenkarzinom, Todesfälle	4,25%
	19.22 Magenresektionen bei Magenkarzinom, Re-OP im gleichen Aufenthalt	10,88%
	19.30 Adipositas-Chirurgie, Todesfälle	0,04%
	19.31 Adipositas-Chirurgie, Re-OP im gleichen Aufenthalt	2,42%
	53.30 Adipositas-Chirurgie < Mindestmenge	12
<b>Operationen Ösophagus, Pankreas Leber</b>	20.10 Ösophaguschirurgie, Todesfälle	1,97%
	53.10 Ösophaguschirurgie < Mindestmenge	10
	21.10 Pankreaseingriffe insgesamt, Todesfälle	6,47%
	53.20 Eingriffe am Pankreas < Mindestmenge	21
	21.21 Anatomische Leberresektionen, Todesfälle	2,38%
	53.50 Leberchirurgie < Mindestmenge	20

Tabelle 1: Ausgewählte Indikatorenergebnisse, Datenjahr 2022 (Datenbasis 2022, LKF)

**Ausgewählte Peer-Review-Ergebnisse <sup>2</sup> Herzinsuffizienz und Bauchchirurgie**



- » Verbesserung der Kooperation zwischen den Krankenanstalten (ärztliche Ausbildung, Transferierungen bei kritischen Krankheitsverläufen, abgestufte Versorgung)
- » Medikationssicherheit

<sup>1</sup> Die vollständige Datenauswertung ist dem Kapitel 3 zu entnehmen.

<sup>2</sup> Die vollständige Auswertung ist dem Kapitel 3 zu entnehmen.

- » Verwendung eines Early Warning Scores zur frühzeitigen Erkennung von Anzeichen einer Verschlechterung
- » Standardisiertes Vorgehen beim Thema End-of-Life
- » Nachvollziehbarkeit der Behandlungsprozesse durch umfassende und schlüssige Dokumentation.

### **Fokusthema Qualitätsregister**



Im Zuge des Jahresschwerpunktes Schlaganfall 2022 erfolgte erstmals eine Datenanalyse des Stroke-Unit-Registers, in welcher einige Mängel bzw. Unzulänglichkeiten in der Dokumentation festgestellt wurden. Basierend auf dieser Analyse wurden mit dem Ziel der Steigerung der Datenqualität und Verbindlichkeit der Eingabe mehrere Schritte gesetzt. 2023 haben auch die ersten Arbeiten vorbereitend auf eine bundesweite Qualitätsstrategie gestartet, welche voraussichtlich Ende 2024 in die Gremien der ZS-G eingebracht werden soll.

### **Schlüsselwörter**

Zielsteuerung-Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Krankenhaus, Qualitätsmessung, Ergebnisqualität, Prozessqualität, Strukturqualität, Versorgungsqualität, Peer-Review-Verfahren, Qualitätsindikatoren, A-IQI, Qualitätsregister, Registerstrategie, Transparenz, Kliniksuche, Qualitätsberichterstattung, LKF

# Inhalte

Abbildungen.....	6
Tabellen .....	7
Abkürzungen.....	8
1 Einleitung .....	9
1.1 Kurzüberblick A-IQI System .....	9
1.2 A-IQI Strategieworkshop.....	10
2 A-IQI Zyklus .....	12
2.1 Indikatorenentwicklung (1).....	12
2.1.1 Ebene national/international, aktueller Arbeitsplan.....	12
2.1.2 Entwicklung neuer Indikatoren .....	14
2.2 Messung (2).....	15
2.3 Peer-Review Verfahren (3).....	17
2.4 Monitoring (4).....	19
2.5 Transparenz (5) .....	20
3 Arbeiten 2023: Indikatorenversion und Jahresschwerpunkte.....	24
3.1 Indikatorenversion 2023 .....	24
3.1.1 Adaptierungen insgesamt.....	24
3.1.2 Modifikationen im Indikatorenset .....	25
3.2 Jahresschwerpunkte Herzinsuffizienz und Bauchchirurgie.....	29
3.2.1 Indikatoren .....	30
3.2.2 Peer-Review-Ergebnisse.....	34
3.2.3 Feedback .....	36
4 Fokusthema Qualitätsregister.....	39
4.1 Stroke-Unit-Register.....	39
4.2 Strategische Arbeiten.....	40
5 Ausblick 2024 .....	42
Literatur .....	43
Anhang .....	44
Anhang 1 .....	45
Anhang 2 .....	61
Anhang 3 .....	68
Anhang 4 .....	70

## Abbildungen

Abbildung 1: A-IQI Zyklus (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	2
Abbildung 2: Ergebnisse A-IQI Strategieworkshop (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	11
Abbildung 3: A-IQI Zyklus (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	12
Abbildung 4: Arbeitsweise wissenschaftlicher Beirat (Quelle und Darstellung BMSGPK).....	14
Abbildung 5: Überblick Auswertungen im A-IQI Projekt (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	15
Abbildung 6: A-IQI Jahresschwerpunkte (Quelle und Darstellung: BMSGPK).....	18
Abbildung 7: Ablauf Peer-Review-Verfahren (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	18
Abbildung 8: Maßnahmen-Monitoring, Umsetzungsgrad und -details (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	20
Abbildung 9: Qualitätsstrategie, Themenschwerpunkt Transparenz und Information (Quelle und Darstellung: BMSGPK).....	21
Abbildung 10: Kliniksuche, 8 Themengebiete (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	22
Abbildung 11: Feedback Krankenhaus .....	37
Abbildung 12: Überblick Oberster Sanitätsrat (Quelle und Darstellung: BMSGPK).....	41



## Tabellen

Tabelle 1: Ausgewählte Indikatorenergebnisse, Datenjahr 2022 (Datenbasis 2022, LKF) .....	3
Tabelle 2: Reguläre Indikatoren Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMSGPK).....	27
Tabelle 3: Zusatzauswertung Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	29
Tabelle 4: Zusatzauswertung Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	29
Tabelle 5: Indikatorenergebnisse Herzinsuffizienz (Datenbasis 2022, LKF).....	30
Tabelle 6: Indikatorenergebnisse Cholezystektomie (Datenbasis 2022, LKF) .....	31
Tabelle 7: Indikatorenergebnisse OP von Hernien (Datenbasis 2022, LKF).....	32
Tabelle 8: Indikatorenergebnisse Kolorektale Operationen (Datenbasis 2022, LKF) .....	32
Tabelle 9: Indikatorenergebnisse Magenoperationen (Datenbasis 2022, LKF) .....	33
Tabelle 10: Indikatorenergebnisse Ösophagus, Pankreas und Leber (Datenbasis 2022, LKF).....	34
Tabelle 11: Herzinsuffizienz Peer-Review-Ergebnisse (Quelle und Darstellung: BMSGPK) .....	35
Tabelle 12: Bauchchirurgie Peer-Review-Ergebnisse (Quelle und Darstellung: BMSGPK).....	36

## Abkürzungen

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
auff.	auffällig
BD	Bundesdurchschnitt
BM	Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumenten- schutz
CH	Schweiz
CH-IQI	Swiss Inpatient Quality Indicators
CI	Konfidenzintervall
D	Deutschland
EW	Erwartungswert
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
IQI	Inpatient Quality Indicators
KA	Krankenanstalt
k.A.	keine Angabe
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NIH	National Institute of Health
n.v.	nicht vorhanden
Ö	Österreich
ÖGARI	Österr. Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
RNS	Remobilisation/Nachsorge
PRV	Peer-Review-Verfahren
SE	Sentinel
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SOP	Standard Operating Procedure
VA	Versorgungsauftrag
VDichte	Versorgungsdichte
ZB	Zielbereich
ZS-G	Zielsteuerung-Gesundheit
ZW	Zielwert

# 1 Einleitung

Der vorliegende Bericht umfasst neben einem allgemeinen Überblick über das A-IQI System und dem A-IQI Strategieworkshop im vorliegenden Kapitel folgende Inhalte:

- » eine Übersicht über alle laufenden und wiederkehrenden Arbeitspakete des A-IQI Projektes dargestellt anhand des A-IQI Zyklus (Kapitel 2),
- » einen Überblick speziell zu den Arbeiten 2023: Indikatorenversion 2023, Analyse der Jahresschwerpunkte 2023 (Kapitel 3),
- » das diesjährige Fokusthema – Qualitätsregister (Kapitel 4) und
- » einen Ausblick auf die zukünftigen Arbeiten (Kapitel 5).

## 1.1 Kurzüberblick A-IQI System

Die österreichweite Ausrollung des Projekts startete Mitte 2011. Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 wurde die bundesweite Umsetzung von A-IQI beschlossen. Die Teilnahme an der Qualitätsmessung und am Peer-Review-Verfahren ist gesetzlich geregelt und die Teilnahme für alle Akutkrankenanstalten verpflichtend.

**Indikatoren:** Ermittlung von Auffälligkeiten; derzeit einbezogene Auswertungen: Reguläre Qualitätsindikatoren, Zusatzauswertungen, Indikatoren aus den bundesweiten Qualitätsregistern und Analysen zur Versorgungsqualität/Versorgungsdichte.

**Peer-Review-Verfahren:** Analyse-Instrument im A-IQI System; diese sind strukturierte, systematische Verfahren und beruhen auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse durch geschulte Teams; Identifizierung von Optimierungspotential

**Berichtslegung:** erfolgt auf 2 Ebenen

- » Expert:innen- jährliche Erarbeitung eines A-IQI Berichts
- » Bürger:innen- [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at).

**A-IQI Steuerungsgruppe:**

- » Besteht aus Mitgliedern aller Landesgesundheitsfonds, dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds, der Sozialversicherung sowie dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
- » Entscheidungen über die Abbildung neuer Indikatoren, Jahresschwerpunkte für Peer-Review-Verfahren oder die Weiterentwicklung des Systems A-IQI

**Wissenschaftlicher Beirat:**

- » Besteht aus Vertreter:innen der Landesgesundheitsfonds, Krankenanstaltenträger, Krankenanstalten (KA) und des BMSGPK

- » Entwicklung und Weiterentwicklung von Indikatoren (in enger Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften)

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

Organisation und Verantwortlichkeiten sind im Organisationshandbuch detailliert beschrieben.

## 1.2 A-IQI Strategieworkshop

Im März 2023 fand gemeinsam mit der A-IQI Steuerungsgruppe, dem wissenschaftlichen Beirat und Peers der A-IQI Strategieworkshop statt. „10 Jahre A-IQI“ wurde zum Anlass genommen, um gemeinsam das A-IQI System kritisch zu reflektieren und Verbesserungspotenzial zu identifizieren:

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

Ziel war, neben einem Rückblick auf die erfolgten Arbeiten und damit einhergehenden Herausforderungen auch die Bewertung dieser („Mit welcher Zufriedenheit haben wir diese Herausforderungen gemeistert und was hat uns gefördert und gebremst“) und die Identifizierung von Lessons Learned (z.B. „Das behalten wir uns bei...“, „Das bauen wir aus...“). Im Mittelpunkt des Austausches stand die gemeinsame Entwicklung von Strategien für die Zukunft des A-IQI Projektes hinsichtlich der Gestaltung von zukünftigen Prozessen, Zielen und Meilensteinen. Die Diskussion und Bearbeitung fanden in folgenden vier Arbeitsgruppen statt:

- » Jahresablauf
- » Indikatoren
- » Peer-Review-Verfahren
- » Transparenz.

Wesentliche Verbesserungspotenziale wurden hinsichtlich Strukturierung und Transparenz/Wissensmanagement aufgezeigt. Alle wesentlichen Ergebnisse sind in folgender Abbildung zusammengefasst. Die einzelnen angeführten Punkte finden sich im Detail im Kapitel 2 zum A-IQI Zyklus (bspw. neue Indikatoren Prozessanpassung im Kapitel 2.1.2 Entwicklung neuer Indikatoren).

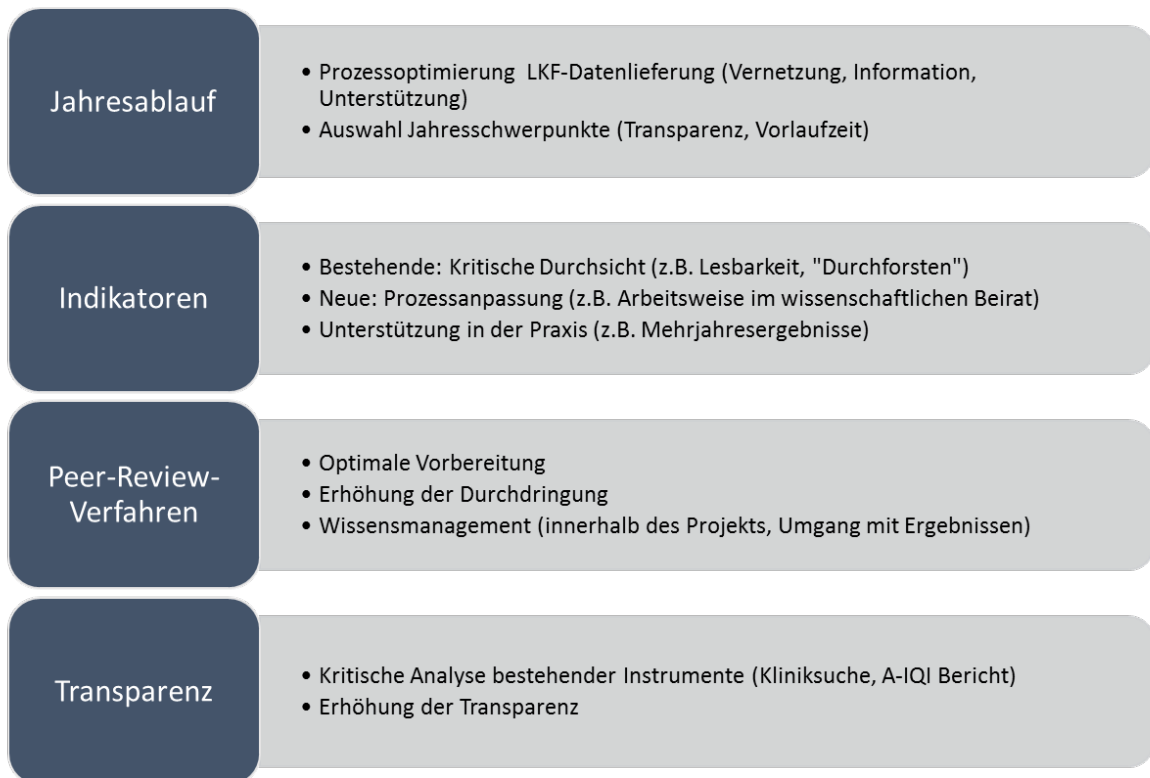


Abbildung 2: Ergebnisse A-IQI Strategieworkshop (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

## 2 A-IQI Zyklus

Die laufenden, wiederkehrenden Arbeiten im Projekt A-IQI finden entlang eines Zyklus in 5 Kategorien – Indikatorenentwicklung, Messung, Peer-Review-Verfahren, Monitoring und Transparenz – statt.



Abbildung 3: A-IQI Zyklus (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Die 5 Kategorien sind aufeinander aufbauend und wiederholen sich jährlich. Die wesentlichen Arbeitsschritte und Inhalte jeder Kategorie sind in jeweils einem eigenen Unterkapitel beschrieben. Die Anpassungen, die basierend auf den Strategieworkshop-Ergebnissen 2023 vorgenommen wurden, sind ebenfalls in den einzelnen Unterkapiteln nachzulesen.

### 2.1 Indikatorenentwicklung (1)

Im vorliegenden Kapitel wird auf die nationale und internationale Ebene der Indikatorenentwicklung eingegangen und die neue Arbeitsweise des Wissenschaftlichen Beirates erläutert (A-IQI Zyklus Kategorie 1).

#### 2.1.1 Ebene national/international, aktueller Arbeitsplan

Das A-IQI Indikatorenset wird laufend überarbeitet und mündet in einer jährlichen Indikatorenversion, welche üblicherweise Ende des 2. Quartals fertiggestellt wird. Neben den Arbeitsergebnissen des Wissenschaftlichen Beirates fließt auch das aktualisierte internationale Indikatorenset in die Versionierung mit ein.

**Nationale Ebene:** Im Wissenschaftlichen Beirat A-IQI werden gemeinsam mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften und Expert:innen bestehende Indikatoren überarbeitet und neue Fragestellungen und dazugehörige Indikatoren entwickelt. Die A-IQI Steuerungsgruppe legt jährlich ein Arbeitsprogramm für den Beirat fest. Das aktuelle Programm ist am Ende des Kapitels nachzulesen. Darüber hinaus werden planmäßig nach Abschluss der Jahresschwerpunkte die dazugehörigen Indikatoren auf notwendige Änderungen hin überprüft. Die Nachbereitung der Jahresschwerpunkte bildet jährlich einen fixen Arbeitsschwerpunkt des wissenschaftlichen Beirates. Ziel ist es, mit den zusätzlich gewonnen Erkenntnissen aus den Peer-Review-Verfahren die Indikatoren kritisch zu beleuchten und bei Bedarf weiterzuentwickeln. Die Ergebnisse fließen in die Versionierung ein. Routinemäßig werden auch etwaige Rückmeldungen anhand des standardisierten Rückmeldebogens zu einzelnen Indikatoren und relevante Änderungen im LKF-System in die jährliche Versionierung einbezogen.

**Internationale Ebene:** Die Weiterentwicklung des deutschen G-IQI-Indikatorensets erfolgt über den Verein Initiative Qualitätsmedizin, kurz IQM, und die Technische Universität Berlin. Die aktuelle Version der G-IQI fließt planmäßig in die jährliche A-IQI Versionierung ein. Österreich und die Schweiz können sich über IQM-Gremien auch aktiv in die internationale Versionierung einbringen.

Neben der Nachbearbeitung der Jahresschwerpunkte Schlaganfall und Geburtshilfe umfasst das aktuelle Arbeitsprogramm 2023/2024 des Wissenschaftlichen Beirats die Themen **Gefäßmedizin und Gender Medizin**.

Bzgl. **Gefäßmedizin** sind im regulären A-IQI Indikatorenset aktuell folgende Themengebiete enthalten:

- » Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien
- » Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)
- » Operationen der Becken-/Bein-Arterien
- » Amputationen
- » Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA).

Die Weiterentwicklung des Indikatorensets startet mit Eingriffen an den hirnversorgenden Arterien, speziell Carotis, und dem neuen Themengebiet Dialysechirurgie.

Eine zusätzliche neue Perspektive soll in A-IQI durch spezifische Qualitätsindikatoren zur **Gender Medizin** geschaffen werden. Aktuell gibt es lediglich geschlechterspezifische Auswertungen einzelner Grundgesamtheiten oder Risikoadjustierungen nach Alter und Geschlecht (z.B. Schlaganfall, Anteil Todesfälle). Schlaganfall wird als erstes Thema mit dem Ziel bearbeitet, auch genderspezifische Indikatoren aufzunehmen. Schlaganfall soll als Role Model für die Bearbeitung weiterer Themen dienen.

## 2.1.2 Entwicklung neuer Indikatoren

Im Rahmen des Strategieworkshops wurden einige Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Weiterentwicklung eingebracht. Ein wesentliches Thema war die Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften in der gesamten Entwicklungsarbeit neuer Indikatoren. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die Qualitätsüberprüfung der potentiellen neuen Indikatoren selbst hinsichtlich Belastbarkeit und auch der Umgang mit diesen neu aufgenommenen Kennzahlen.

Folgende Änderungen wurden basierend auf den Ergebnissen des Strategieworkshops beschlossen und umgesetzt:

- » Standardisierter Prozess für die Bearbeitung von Themen, Entwicklung neuer Indikatoren
- » Systematische Bewertung neuer Indikatoren
- » Einschleifphase für neue Indikatoren.

Dieser neue **standardisierte Prozess für die Bearbeitung von Themen** beinhaltet 4 einzelne Schritte bis zur Finalisierung neuer Indikatoren.

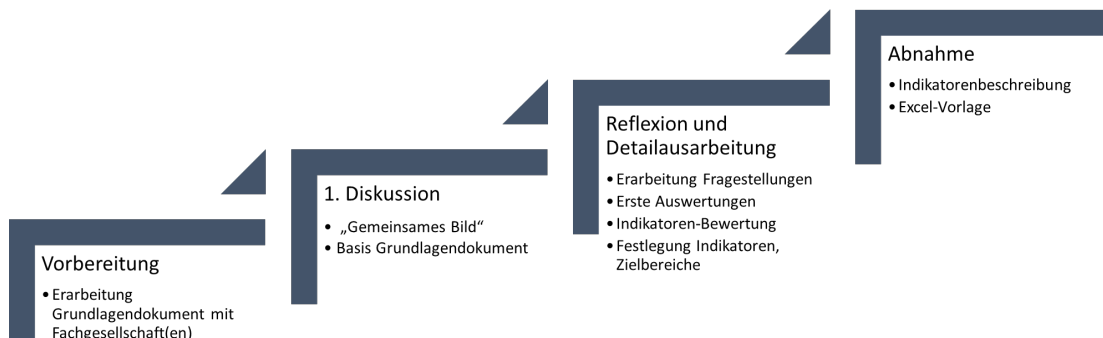


Abbildung 4: Arbeitsweise wissenschaftlicher Beirat (Quelle und Darstellung BMSGPK)

Den ersten Schritt und somit Beginn der Arbeiten bildet die Erstellung eines Grundlagendokumentes zum jeweils spezifischen Thema seitens des BMSGPK gemeinsam mit den Fachgesellschaften/Expert:innen. Dieses Grundlagendokument beleuchtet essentielle Faktoren für die Themenbearbeitung und beinhaltet folgende Aspekte: Ausgangslage/Ziele/Zeitplan, Datenlage, aktuelle Qualitätsthemen und Fragestellungen, nationale/internationale Initiativen, Standards und Leitlinien. Es ist auch die Grundlage für die erste Diskussion im Rahmen des wissenschaftlichen Beirates und soll primär dazu dienen, ein gemeinsames Bild von dem zu bearbeitenden Thema für alle Beteiligten zu schaffen. Der nächste Schritt ist die Detaillierung der Indikatoren. Wesentlicher Teil stellt die **Indikatorenbewertung** zur Qualitätssicherung der Indikatoren dar, welche in den Prozess der Indikatorenentwicklung integriert wurde und spätestens für die Abnahme der Indikatoren fertiggestellt sein muss. Eine systematische Bewertung wird ab der Indikatorenversion 2024 nach RUMBA erfolgen. RUMBA steht dabei als Akronym für folgende fünf Anforderungen an Qualitätsindikatoren:



- » **Relevant:** wichtig für einen ausgewählten Problembereich
- » **Understandable:** verständlich für Leistungserbringer:innen und Patient:innen (Patient:innen relevant, wenn Richtung Veröffentlichung, bis dahin Fokus auf Leistungserbringer:innen)
- » **Measurable:** messbar mit hoher Zuverlässigkeit und Zielgenauigkeit
- » **Behaviourable:** durch Handeln und Verhaltensänderungen beeinflussbar
- » **Achievable and feasible:** realistisch erreichbar und praktikabel.

Neben der Entwicklung und Bewertung von Indikatoren ist auch der Umgang mit neu aufgenommenen Qualitätsindikatoren im Zuge einer Versionierung angepasst worden. Dieser Prozess der sogenannten „Einschleifphase“ wurde mit der Indikatorenversion 2023 installiert. Einschleifphase bedeutet, dass die Indikatoren in der Auswertung speziell gekennzeichnet zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig erfolgt innerhalb des Jahres der Einschleifphase eine detaillierte Analyse (z.B. Definitionen, Kodierthemen, Zielwerte) und darauf aufbauend werden die Kennzahlen nach der Einschleifphase festgelegt.

## 2.2 Messung (2)

Neben den ursprünglichen regulären Qualitätsindikatoren werden mittlerweile mehrere andere Kennzahlen wie jene aus den Zusatzauswertungen, Qualitätsregistern sowie Analysen zur Versorgungsqualität/Versorgungsdichte im A-IQI Projekt verwendet.

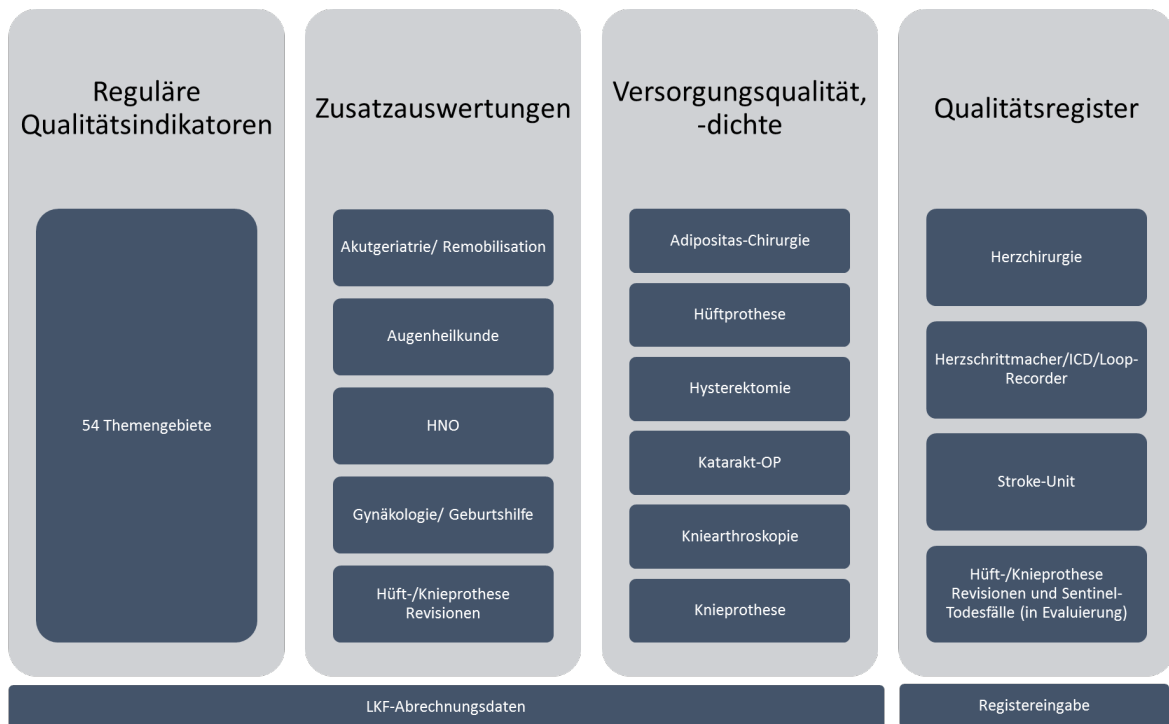


Abbildung 5: Überblick Auswertungen im A-IQI Projekt (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Die einzelnen Auswertungsschienen beschränken sich auf den stationären Bereich und unterscheiden sich im Wesentlichen hinsichtlich Datengrundlage und Beobachtungszeitraum. Ein Überblick findet sich in Abbildung 5.

Datengrundlage der **regulären Qualitätsindikatoren** ist der Basisdatensatz der Diagnosen- und Leistungsdokumentation des LKF-Systems. Der Beobachtungszeitraum beschränkt sich auf den einzelnen stationären Aufenthalt und das QDok ist das technische IT-Tool für die Auswertung der Indikatoren. Insgesamt beinhaltet dieses Indikatorenset 426 Einzelkennzahlen in 54 Themengebieten wie etwa 02 Herzinsuffizienz, 18 Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm, 47 Intensivbetreuung und Beatmung oder 53 Mindestmengen.

Für die 5 **Zusatzauswertungen** werden zwar auch LKF-Daten herangezogen, im Unterschied zu den regulären Qualitätsindikatoren jedoch überwiegend aufenthaltsübergreifende pseudonymisierte Daten (Patientenkarrieren). Dadurch können Indikatoren mit einem längeren Beobachtungszeitraum über einen einzelnen stationären Aufenthalt hinaus gemessen werden, wie etwa Wiederaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen oder Revisionsraten z.B. bei Hüft-/Knieendoprothese innerhalb eines Jahres. Im Programm QDok stehen diese deshalb nicht zur Verfügung. Da die Zusatzauswertung Organspende aktuell überwiegend fondsintern analysiert wird, fehlt diese in der Übersicht der Abbildung 5.

Ziel der 6 Analysen zur **Versorgungsqualität/-dichte** ist, potentielle Situationen von Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu erkennen, um in weiterer Folge steuernd eingreifen zu können. Datengrundlage sind wiederum die LKF-Daten. Die Darstellung erfolgt neben dem Standort der leistungserbringenden Krankenanstalt (Krankenanstalten-Ebene) auch nach Wohnort der Leistungsempfänger:innen (Bezirksebene):

- » Krankenanstalten-Ebene: Wie häufig erfolgt in einem bestimmten Krankenhaus die Leistungserbringung in Bezug auf das Einzugsgebiet? (je 1.000 Einwohner:innen des Einzugsgebietes)
- » Bezirksebene: Wie häufig erhalten Einwohner:innen eines bestimmten Bezirkes eine betrachtete Leistung? (je 1.000 Einwohner:innen des Bezirks)

Die Indikatoren aus den 3 **Qualitätsregistern** sind die einzigen, bei denen die Daten nicht aus dem LKF-System herangezogen werden. Es handelt sich um Eingaben der Krankenanstalten in eigene Dokumentationssysteme oder Webapplikationen der Gesundheit Österreich GmbH. Neben den einzelnen Qualitätsindikatoren in den Registerauswertungen wird immer auch die Vollständigkeit der Eingaben betrachtet.

Welche **Indikatorentypen** werden gemessen?

- » (T) Todesfälle z.B. Herzinfarkt, Todesfälle
- » (I) Intensivhäufigkeit z.B. Geburten, Intensivaufenthalte der Mutter
- » (K) Komplikationen z.B. Hüftendoprothesen Erst-OP, Revisionen innerhalb 12 Monate
- » (M) Mengen insgesamt, Mindestmengen z.B. Mindestmenge Adipositas-Chirurgie
- » (O) Operationstechnik z.B. Hysterektomien, Anteil laparoskopische Operationen

- » (V) Versorgungsprozess z.B. Schlaganfall und 1. Bildgebung  $\leq 30$  Min.
- » (B) Belagsdauer z.B. Median Belagsdauer auf AG/R
- » (A) Alter z.B. Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Median Altersgruppe
- » (Z) Zusatzinformationen z.B. Datenvollständigkeit im Stroke-Unit-Register.

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

Für die Kennzahlen mit **Zielbereich** werden Bundesdurchschnitte, Erwartungswerte (fallbezogen, risikoadjustiert mittels Alter und Geschlecht), Literaturwerte oder Vorgaben aus dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit als Vergleichsbasis herangezogen und Konfidenzintervalle berechnet. Darauf aufbauend erfolgt anhand eines Ampelsystems eine Einteilung in „statistisch nicht auffällig“ (1 oder grün), „statistisch nicht signifikant auffällig“ (2 oder gelb) oder „statistisch signifikant auffällig“ (3 oder rot). Davon ausgenommen sind etwa die sogenannten Sentinel-Ereignisse und Kennzahlen zu Mindestmengen wo bereits jeder einzelne Todesfall bzw. auch ein Unterschreiten der Mindestmengen-Vorgaben zu einer signifikanten Auffälligkeit führt.

Alle Details zu den einzelnen Indikatoren sind in der jeweiligen Indikatorenbeschreibung nachzulesen. Die Indikatorenergebnisse der Jahresschwerpunkte Herzinsuffizienz und Bauchchirurgie sind im Kapitel 3 abgebildet, alle Ergebnisse finden sich in Summe im Anhang.

## 2.3 Peer-Review Verfahren (3)

Das maßgebliche Ziel des Peer-Review-Verfahrens (PRV) ist die Verbesserung der Patient:innenversorgung, der Fokus liegt auf dem Finden von Lösungen. Es handelt sich um ein strukturiertes, systematisches Instrument, welches auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse beruht. Mittlerweile wurden in über 200 PRV mehr als 3000 Einzelfälle analysiert und bewertet. Aktuell stehen etwa 140 geschulte Peers für die Verfahren zur Verfügung.

Die Themenauswahl findet entlang von festgelegten Jahresschwerpunktthemen statt, die in der A-IQI Steuerungsgruppe festgelegt werden. Ein Überblick dazu findet sich in der folgenden Abbildung. Neben den Jahresschwerpunktthemen finden jedes Jahr auch mehrere schwerpunktunabhängige Verfahren statt.

Im Strategieworkshop wurde angeregt, die Jahresschwerpunkte frühzeitiger, zumindest 2 Jahre vorab, festzulegen und vermehrt zu kommunizieren. So soll eine bessere Vorbereitung und Abstimmung mit anderen Gremien (z.B. LKF Datenqualitätstreffen der Länder) möglich sein. 2023 wurden von der Steuerungsgruppe die Jahresschwerpunkte deshalb bereits bis zum Jahr 2026 festgelegt.

Die Information zu den aktuellen und zukünftigen Jahresschwerpunkten ist seit der Indikatorenversion 2023 in allen Auswertungs-Sheets angeführt.



Abbildung 6: A-IQI Jahresschwerpunkte (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Wesentlich für das Verfahren ist die Transparenz hinsichtlich des gesamten Prozesses: Indikatoren die zur Auswahl führen, notwendige Vor- und Nachbereitungen, Tagesablauf. Die Checklisten (Krankenhaus, Review-Team, Gesundheitsfonds) und alle anderen notwendigen Dokumente und wesentlichen Informationen sind auf der [Website des BMSGPK](#) veröffentlicht.

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

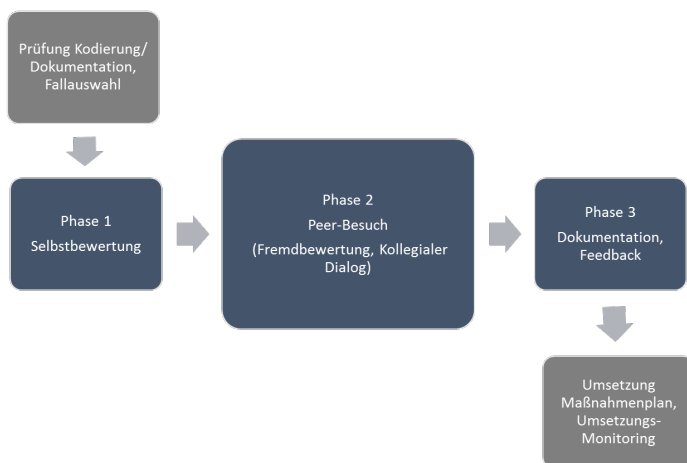


Abbildung 7: Ablauf Peer-Review-Verfahren (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

In der ersten Phase der Selbstbewertung trifft das betroffene Krankenhaus alle organisatorischen Vorbereitungen, bereitet die Krankengeschichten vor und führt anhand der Analyse Kriterien je Fall eine Selbstbewertung durch. Die 2. Phase der Fremdbewertung findet vor Ort statt, dauert in etwa 7 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 nimmt zusätzlich die ärztliche Direktion und eine Vertretung des Qualitätsmanagements, des Krankenhausträgers und des Gesundheitsfonds (A-IQI Steuerungsgruppen-Mitglied) teil. (seit 2024 optional auch die Verwaltungsleitung)

Tagesablauf der Fremdbewertung (Änderung der Zeiten ab 2024):

- » 08:30 Begrüßung des Peer-Review-Teams, Vorstellung des Hauses, Besprechung des Tagesablaufs
- » 09:00–13:00 Analyse der Krankengeschichten
- » 13:00–14:30 Kollegialer Dialog
- » 14:30–15:00 Abschlussgespräch.

Die Analyse der Fälle ist umfangreich und beinhaltet Diagnostik, Therapie, Leitlinien, Prozesse sowie die Dokumentation. Jede Krankengeschichte wird auf Basis von sieben Analyse Kriterien (z.B. Waren Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht? Wurde der Behandlungsprozess ziel führend und zeitnah kritisch hinterfragt?) durchgesehen und hinsichtlich Verbesserungspotential bewertet.

In der Phase 3, Dokumentation und Feedback, wird nach dem Verfahren vom Peer-Review-Team ein standardisiertes Protokoll erstellt und an alle Verantwortlichen übermittelt. Zur Weiterentwicklung wird nach Abschluss des Verfahrens anhand von Fragebögen Feedback vom Krankenhaus und den Peers eingeholt.

Nach Ablauf der Umsetzungsfrist des Maßnahmenplans werden im Maßnahmen-Monitoring der Umsetzungsgrad und die Umsetzungsdetails ermittelt. Das Monitoring ist Inhalt des Kapitels 2.4. Die Ergebnisse aus den PRV der Jahresschwerpunkte Herzinsuffizienz und Bauchchirurgie (auch Feedback) sind im Kapitel 3 abgebildet.

## 2.4 Monitoring (4)

Das vorliegende Unterkapitel beschäftigt sich mit dem Monitoring im A-IQI Projekt, der vorletzten Kategorie aus dem A-IQI Zyklus. Das Monitoring findet nach jedem PRV (jährlich, maximal 3 Monitoring-Schleifen pro Verfahren) statt und dient dazu, die Nachhaltigkeit des Systems sicherzustellen. Es besteht aus 2 Teilen – dem Ergebnis- und Maßnahmen-Monitoring:

- » Ergebnis-Monitoring: Wie verändern sich die Qualitätsindikatoren-Ergebnisse nach den PRV?
- » Maßnahmen-Monitoring: Wie entwickelt sich die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen aus den PRV?

Im Ergebnis-Monitoring wird die Entwicklung des jeweiligen Qualitätsindikatoren-Ergebnisses (Tracer für das PRV) nach dem PRV über mehrere Jahre, vom Ausgangsjahr bis zum aktuellsten Datenjahr beobachtet. Kurz zusammengefasst – ist die rote Ampel noch immer rot?

Im Maßnahmen-Monitoring werden basierend auf dem Protokoll des PRV, alle Verbesserungsmaßnahmen inkl. Umsetzungs-Zeitrahmen und Verantwortlichkeit extrahiert und Umsetzungsgrad sowie Details zur Umsetzung je Maßnahmen von den verantwortlichen Personen, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, abgefragt und eingeschätzt.

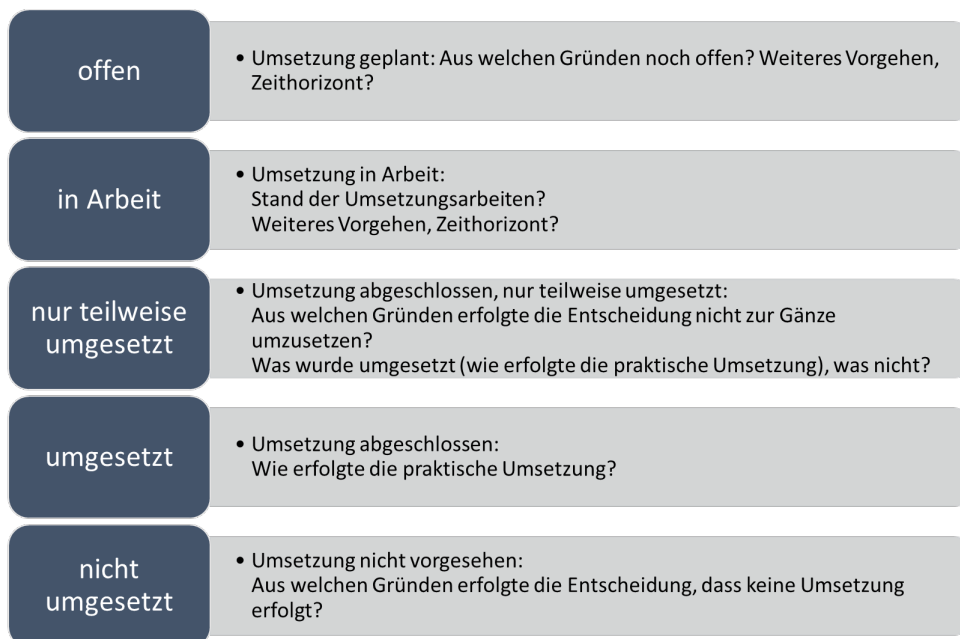


Abbildung 8: Maßnahmen-Monitoring, Umsetzungsgrad und -details (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Im Sinne einer Qualitätssicherung der Abfrage erfolgt eine abschließende Einschätzung der Rückmeldung je Maßnahme durch den Gesundheitsfonds.

Das standardisierte Monitoring-Formular wird vom BMSGPK erstellt sowie ausgewertet und über den Gesundheitsfonds an die Krankenanstalten übermittelt. Es beinhaltet das Maßnahmen-Monitoring und die Indikatorenergebnisse für das Ergebnis-Monitoring.

## 2.5 Transparenz (5)

Der Zugang zu relevanten Daten soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung steigern und eine aktive Beteiligung an der Entscheidungsfindung betreffend den eigenen Gesundheitszustand oder der Behandlung von Erkrankungen ermöglichen. Transparenz von Qualitätsdaten findet sich als Thema im überwiegenden Teil der relevanten Gesetze und Vorgaben zum Themenkomplex Qualität.

Bspw. im Zielsteuerungsvertrag (2022–2023) ist in den gemeinsamen handlungsleitenden Prinzipien festgehalten, dass „die Funktionsweise und die Qualität des Gesundheitssystems sowie gesundheits- und systemrelevante Entscheidungen, Handlungen und Leistungen mit höchstmöglicher Transparenz und für die Bevölkerung verständlich und nachvollziehbar dargestellt werden.“

Die aktuelle Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen soll sicherstellen, dass Patient:innen in Österreich überall die bestmögliche und qualitativ gleiche Behandlung erhalten. Unter den Prinzipien und den 6 Themenschwerpunkten findet sich auch das Thema Transparenz:

- » handlungsleitende Prinzipien: Größtmögliche Transparenz fördert die kontinuierliche Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen.
- » Themenschwerpunkt: Transparenz und Information (siehe folgende Abbildung; Anmerkung: der Spitalkompass wurde in Kliniksuche integriert und ist nicht mehr aktiv).

Themenschwerpunkt	Thema	Hauptziel	operative Ziele
Transparenz und Information	Qualitätsberichterstattung (QBE)	Erkennen von Verbesserungspotenzialen für Qualitätsarbeit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Entwickeln und Einleiten von Verbesserungsmaßnahmen. Kontinuierliche Weiterentwicklung einer bundesweiten und sektorenübergreifenden Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen	Durchführen und Veröffentlichung der bundesweiten, sektorenübergreifenden regelmäßigen Berichterstattung über Qualitätssysteme im Gesundheitswesen
	Kliniksuche, Spitalkompass und Rehabilitationskompass	Unterstützen der Bevölkerung (Empowerment) in der Entscheidungsfindung und Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt durch Informationsvermittlung auf neutralen Plattformen	Unterstützen der Patientinnen und Patienten mithilfe qualitätsgesicherter, neutraler Informationen bei der Suche nach der geeigneten Krankenanstalt/Gesundheitseinrichtung zur Lösung ihres Gesundheitsproblems

Abbildung 9: Qualitätsstrategie, Themenschwerpunkt Transparenz und Information (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Trotz bestehender Projekte wie z.B. die Qualitätsberichterstattung oder Kliniksuche.at zur Erhöhung der Transparenz haben knapp 90 % der Befragten im Zuge der Evaluierung der Qualitätsstrategie im Jahr 2023 angegeben, dass mehr Transparenz in der künftigen Umsetzung der Qualitätsstrategie verstärkt berücksichtigt werden sollte.

Der vorliegende A-IQI Bericht sowie Kliniksuche.at werden im Sinne des A-IQI Zyklus als die beiden Instrumente im Sinne von Transparenz in Projekt A-IQI betrachtet. Kliniksuche.at ist ein Tool, das innerhalb des A-IQI Systems hinsichtlich Erhöhung der Transparenz für die Bevölkerung und Leistungserbringer:innen entwickelt wurde und folgende Ziele verfolgt:

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

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

die Krankenhäuser) generiert. Entscheidungen bzgl. Weiterentwicklung werden in der A-IQI Steuerungsgruppe getroffen.

Aktuell sind Informationen in den 3 Kategorien Leistungen & Diagnosen, Krankenhäuser und Abteilungen & Ambulanzen abrufbar. 51 verschiedenen Leistungen und Diagnosen aus 8 Themengebieten sind abrufbar.



Abbildung 10: Kliniksuche, 8 Themengebiete (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

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

Zu den einzelnen Leistungen und Diagnosen werden mehrere Parameter berechnet und bewertet:

- » Anzahl Fälle
- » Kriterien für den Aufenthalt (je nach Behandlungsanlass Verweildauer, präoperative Verweildauer, Operationstechnik, Tagesklinik-Anteil)
- » Allgemeine Kriterien (wichtige Qualitätsthemen anhand von 7 Kriterien, Datenquelle Qualitätsberichterstattung)

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

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

Die Abteilungs- oder Ambulanzsuche erfolgt nach Fach, Krankenhaustyp gemeinnützig/privat und örtlich und enthält Daten aus der Strukturdatenbank wie bspw. Kontaktdaten, Abteilungsleitung,



Besuchszeiten, Betten, Personal, häufigste Leistungen und Diagnosen, Leistungsschwerpunkte und einen Überblick zur Ambulanz (Kontaktaten, Öffnungszeiten, Spezialambulanzen).

Ende jeden Jahres werden alle Krankenhäuser aufgefordert, die Daten in der Strukturdatenbank zu aktualisieren. Änderungen werden innerhalb der GÖG geprüft und freigegeben. Im Regelbetrieb von Kliniksuche werden jährlich mehrere Aktualisierungen vorgenommen, wie Einarbeitung der abgeschlossenen A-IQI Jahresschwerpunkte und Aktualisierung der Daten.

Kliniksuche steht auch in Zusammenhang mit den Peer-Review-Verfahren. Die jährlich festgelegten Jahresschwerpunkte werden in A-IQI nach Durchführung der PRV mit der Veranstaltung „Peer-Review-Follow-Up“ abgeschlossen. Danach werden die Schwerpunkte hinsichtlich Veröffentlichung analysiert, aufbereitet und in der A-IQI Steuerungsgruppe diskutiert. Die Entwicklung der Inhalte findet im Wissenschaftlichen Beirat unter Einbeziehung von Expert:innen (Wissenschaftliche Gesellschaften) statt. Gibt es über die Plattform vermehrt Anfragen zu bestimmten Eingriffen/Erkrankungen, werden diese ebenso wie die Jahresschwerpunkte in den Entscheidungsprozess der A-IQI Steuerungsgruppe eingebracht.

Im Jahr 2025 ist eine komplette Evaluierung hinsichtlich Inhalten und Layout der gesamten Webapplikation Kliniksuche.at vorgesehen.

## 3 Arbeiten 2023: Indikatorenversion und Jahresschwerpunkte

Nach den in Kapitel 2 dargestellten jährlich wiederkehrenden Tätigkeiten im A-IQI Projekt werden im vorliegenden Kapitel die spezifischen Arbeiten 2023 zur Indikatorenversion und den Jahresschwerpunkten dargestellt.

### 3.1 Indikatorenversion 2023

Resultierend aus dem A-IQI Strategieworkshop wurden, neben der jährlichen Überarbeitung des Indikatorensets, weitere Änderungen vorgenommen.

#### 3.1.1 Adaptierungen insgesamt

Alle folgend angeführten Anpassungen betreffen die Auswertungen insgesamt und basieren auf den Ergebnissen des Strategieworkshops.

Die Anzahl an Indikatoren ist mittlerweile enorm. Um die Übersichtlichkeit und Lesbarkeit zu erhöhen erfolgten im Zuge der Versionierung 2023 diesbezüglich 2 große Anpassungen. Um einen besseren Überblick über die Indikatoren und speziell Auffälligkeiten zu erhalten, erfolgt seit der Version 2023 eine Splittung in **Haupt- und Zusatzset** in getrennten Excel-Sheets. Indikatoren mit Zielbereich (und wenige wesentliche Kennzahlen ohne Zielbereich) finden sich im Hauptset, Indikatoren ohne Zielbereich oder „Unterindikatoren“ mit Zielbereich finden sich im Zusatzset. Die Zuteilung ist je Kennzahl in der technischen Indikatorenbeschreibung nachzulesen. Als zweite Anpassung wurden zur Erleichterung der Lesbarkeit alle **Indikatorenbenennungen** soweit als möglich vereinfacht und verkürzt wie bspw:

- » alt: Magenresektionen o.Ösophaguseingr.b.Magenkarzinom, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt
- » neu: Magenresektionen bei Magenkarzinom, Re-OP im gleichen Aufenthalt.

Um die A-IQI Steuerungsgruppenmitglieder in der Bearbeitung der Indikatorenergebnisse und der Auswahl der PRV in der Praxis zu unterstützen, beinhaltet die Indikatorenversion 2023 2 unterschiedliche neue Auswertungen, den Mehrjahresvergleich und den Krankenhausvergleich. Beim **Mehrfjahresvergleich** werden die einzelnen Indikatoren je Krankenhaus im 3-Jahresverlauf dargestellt (Entwicklung Datenjahre 2020, 2021 und 2022). Der **Krankenhausvergleich** führt innerhalb eines Datenjahres je Indikator ein anonymisiertes Ranking aller Krankenhäuser durch. Dabei wird bei jedem Krankenhaus mit gelber oder roter Ampel (je Indikator) basierend auf dem „Ergebnis relativ“ aufsteigend durchnummeriert.

Neu ist auch die Möglichkeit einer Einschleifphase bei neuen oder wesentlich adaptierten Kennzahlen. (Details dazu in Kapitel 2.1.2) In der aktuellen Version 2023 befinden sich folgende Indikatoren in der Einschleifphase:

- » Sectoriate (reguläre Indikatoren, Zusatzauswertung)
- » Transfusionen, Patient Blood Management (reguläre Indikatoren)
- » Tonsillotomie, Re-OP (Zusatzauswertung HNO)
- » Herzschrittmacher, ICD Revisionsrate innerhalb eines Jahres (Register)
- » Herzschrittmacher, ICD Dokumentation perioperativer Komplikationen (Register)

Bisher wurde ausschließlich eine textliche grobe Indikatorenbeschreibung veröffentlicht. Die technische Indikatorenbeschreibung mit allen Auswertungsdetails und genauen Berechnunglogiken (Leistungen, Diagnosen etc.) war nur für die Mitglieder der A-IQI Gremien zugänglich. Seit der Version 2023 sind diese beiden Dokumente kombiniert als neue **technische Indikatorenbeschreibung** auf der [Homepage des BMSGPK](#) veröffentlicht. Dadurch ist es auch allen Anwender:innen möglich, detaillierten Input zur Weiterentwicklung einzubringen. Um Rückmeldungen zu kanalisieren und standardisieren, steht nun ein entsprechendes **Rückmeldeformular** zur Verfügung. Mit diesem können Vorschläge zu neuen Indikatoren, zum Entfernen von bestehenden Indikatoren oder auch zu Modifikationen von bestehenden Indikatoren eingebracht werden. Das Formular ist ebenfalls auf der [Homepage des BMSGPK](#) abrufbar.

### 3.1.2 Modifikationen im Indikatorenset

Eine detaillierte Übersicht zu den einzelnen Auswertungsänderungen in den regulären Qualitätsindikatoren, Zusatzauswertungen und Qualitätsregistern findet sich in den folgenden 3 Abbildungen. In der Auswertungsschiene Versorgungsqualität/-dichte gibt es keine indikatorspezifischen Anpassungen. Die bestehenden Auswertungen sind prinzipiell beibehalten worden. Insgesamt wurde dort die Berechnung der Bandbreiten/des Mittelwertes angepasst und die Berechnung der strukturellen Faktoren korrigiert.

Reguläre Qualitätsindikatoren		
Linksherzkatheter	03.32 Diagn. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung, Anteil Todesfälle	entfernt
	03.42 Therap. Linksherzkatheter o. Herzinfarkt, o. weitere op. Leistung, Anteil Todesfälle	entfernt
Stroke Unit (Kapitel neu)	10.10 Fälle mit Stroke Unit Behandlung	neu
	10.12 Hirninfarkt, Anteil mit Stroke Unit Behandlung	neu
	Anteil Stroke Unit: Berechnungsumkehr von "ohne" zu "mit" Stroke Unit Behandlung	modifiziert
Pneumonie	13.15 Pneumonie stationär erworben (hospital-acquired, ohne Zutransfer), Beatmung > 2 Tage	neu
Kolorektale Operationen	18.22 Kolorektale Resektionen, Re-OP im gleichen Aufenthalt	neu
Eingriffe an den Tonsillen	23.10 Tonsillektomien und Tonsillotomien, Anteil Todesfälle	entfernt
Geburten	28.30 Sectiorate (mit Zielbereich)	modifiziert
	28.33 Sectiorate bis 28 vollendete SSW	neu
	28.34 Sectiorate ab 29 vollendete SSW	neu
Neugeborene (Kapitel entfernt)	30.10 Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter	entfernt
	30.11 Neugeborene mit niedrigem Geburtsgewicht oder Gestationsalter, Zutransferierungen	entfernt
	30.12 Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht oder extremer Unreife	entfernt
Hüftgelenknahe Fraktur	40.31 - .36 Schenkelhalsfraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppen, Anteil Todesfälle	entfernt
	40.61 - .66 Pertrochantäre Fraktur mit operativer Versorgung, Altersgruppen, Anteil Todesfälle	entfernt
Intensivbetreuung und Beatmung	47.50 Intensivaufenthalte (neurologische Diagnosen), Todesfälle (Ausschlüsse)	neu
Transfusionen, Patient Blood Management (Kapitel neu))	51.10 Alle Behandlungsfälle, Transfusionen	neu
	51.11 Ausgewählte operative Leistungen mit hohem Transfusionsbedarf, Transfusionen	neu
	51.12 Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, Transfusionen	neu
	51.13 Knieendoprothesen bei Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Transfusionen	neu
	51.21 Behandlungsfälle mit Transfusion, mind. 5 EK und Intensivaufenthalt	neu

	51.22 Konservative Fälle mit Transfusion (mind. 5 EK und Intensivaufenthalt), Todesfälle	neu
	51.23 Operative Fälle mit Transfusion (mind. 5 EK und Intensivaufenthalt), Todesfälle	neu

Tabelle 2: Reguläre Indikatoren Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Zusatzauswertungen		
Katarakt	insgesamt (Altersgrenze >14)	modifiziert
Gynäkologie/ Geburtshilfe	03.16 Sectiorate (Zielbereich neu)	modifiziert
	03.19 Sectiorate bis 28 vollendete SSW	neu
	03.20 Sectiorate ab 29 vollendete SSW	neu
	03.21 - .22 Geburten mit Gestationsalter 25-34, 35-42 vollendete SSW	entfernt
	03.23 Geburten mit Gestationsalter 23+0 bis 24+6 (SSW gemäß ÖSG)	modifiziert
	03.24 Geburten mit Gestationsalter 25+0 bis 35+6 (SSW gemäß ÖSG)	modifiziert
	03.27 Geburten, Anteil mit angeborenen Fehlbildungen	entfernt
	04.11 Brusterhaltende Resektionen der Mamma, Totalresektion (Folgeresektion) (ohne Zielwert)	modifiziert
	04.12 Brusterhaltende Resektionen der Mamma, Teilresektion (Folgeresektion) (ohne Zielwert)	modifiziert
Prothesen Revisionen	Alle Indikatoren (Spacer alleine keine Revision)	modifiziert
	03.70 Hüftendoprothese (2015) gesamt, Revisionen (innerhalb 84 Monate)	neu
	03.71 davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	neu
	03.72 davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	neu
	04.70 Knieendoprothese (2015) gesamt, Revisionen (innerhalb 84 Monate)	neu
	04.71 davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	neu
	04.72 davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	neu
HNO	01.20 Tonsillektomie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung (Diagnosen)	modifiziert
	02.20 Tonsillotomie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung (Diagnosen)	neu
	03.40 Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	neu
	04.20 Adenotomie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	neu
	01.30 Tonsillektomie, Todesfälle	neu

	02.30 Tonsillotomie, Todesfälle	neu
	02.10 Tonsillotomie, Re-OP aufgrund einer Nachblutung	neu
	02.11 Tonsillotomie, Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	neu
	02.12 Tonsillotomie, Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	neu

Tabelle 3: Zusatzauswertung Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Qualitätsregister		
Herzschriftmacher, ICD	1, 6 Revisionsrate innerhalb eines Jahres	neu
	2, 7 davon Fremdreversionen	neu
	3, 8 Dokumentation perioperativer Komplikationen	neu
Stoke-Unit	R3 davon vollständig dokumentierte Fälle	modifiziert
	V2 davon Schlaganfall (Vollzähligkeit)	neu
	V3 davon TIA (Vollzähligkeit)	neu

Tabelle 4: Zusatzauswertung Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

## 3.2 Jahresschwerpunkte Herzinsuffizienz und Bauchchirurgie

Das Indikatorenset zu den beiden Jahresschwerpunkten Herzinsuffizienz und Bauchchirurgie beinhaltet insgesamt 74 Qualitätsindikatoren. Von Juni 2023 bis März 2024 fanden dazu 22 Peer-Review-Verfahren in 8 Bundesländern statt. Die folgenden 3 Unterkapitel beinhalten die bundesweiten Ergebnisse dazu.

### 3.2.1 Indikatoren

In diesem Unterkapitel werden die Indikatorenergebnisse aus den beiden Jahresschwerpunkten mit Datenbasis 2022 präsentiert. Zu einzelnen Kennzahlen wird auch ein Vergleich zu Deutschland (G-IQI)<sup>3</sup> und der Schweiz (CH-IQI)<sup>4</sup> hergestellt.

Der Jahresschwerpunkt **Herzinsuffizienz** beinhaltet, wie in der folgenden Tabelle ersichtlich, 17 Qualitätsindikatoren, welche Todesfälle und Versorgungsaspekte messen. Alle 11 Kennzahlen die den Anteil an Todesfällen darstellen, sind mit einem Erwartungswert (kurz EW, risikodifferenziert nach Alter und Geschlecht) als Zielbereich hinterlegt. 23.248 Fälle mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz wurden im Jahr 2022 in 137 Krankenanstalten betreut. 9,69% davon sind innerhalb des stationären Aufenthalts verstorben (Deutschland 8,6%, Schweiz 7,8%). 22 Krankenanstalten waren statistisch signifikant auffällig (rote Ampel). Zusätzlich wird auch die Teilmenge Linksherzinsuffizienz mit 9.267 Fällen und einer Sterblichkeit von 8,23% ausgewiesen. Speziell bei der Hauptdiagnose Linksherzinsuffizienz werden keine Altersgruppen sondern die einzelnen NYHA-Stadien I-IV ausgewiesen, welche die Einteilung der Herzinsuffizienz nach ihrem Schweregrad ermöglichen. Je nach Stadium beträgt die Sterblichkeit von 1,89%-15,10%. 42,60% der Linksherzinsuffizienz-Fälle wurden mit NYHA-Stadium IV betreut.

Indikator Herzinsuffizienz	Zielwert	Ergebnis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auffällig
02.10 Herzinsuffizienz, Todesfälle	< (EW)	9,69%	2.252	23.248	137	22
02.11 Herzinsuffizienz, Alter 20-44, Todesfälle	< (EW)	4,10%	8	195	67	1
02.12 Herzinsuffizienz, Alter 45-64, Todesfälle	< (EW)	3,55%	64	1.801	119	3
02.13 Herzinsuffizienz, Alter 65-84, Todesfälle	< (EW)	7,57%	946	12.496	134	13
02.14 Herzinsuffizienz, Alter >= 85, Todesfälle	< (EW)	14,09%	1.234	8.756	135	18
02.15 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz		48,18%	11.201	23.248	137	
02.20 Linksherzinsuffizienz, Todesfälle	< (EW)	8,23%	763	9.267	130	14
02.21 Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium I, Todesfälle	< (EW)	4,92%	12	244	71	
02.22 Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium II, Todesfälle	< (EW)	1,89%	28	1.482	119	4
02.23 Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium III, Todesfälle	< (EW)	3,54%	125	3.536	123	6
02.24 Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium IV, Todesfälle	< (EW)	15,10%	596	3.948	119	7
02.25 Linksherzinsuffizienz n.n.b. NYHA-Stadium, Todesfälle	< (EW)	3,51%	2	57	8	
02.31 Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium I		2,63%	244	9.267	130	
02.32 Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium II		15,99%	1.482	9.267	130	
02.33 Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium III		38,16%	3.536	9.267	130	
02.34 Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium IV		42,60%	3.948	9.267	130	
02.35 Linksherzinsuffizienz, n.n.b. NYHA-Stadium		0,62%	57			

Tabelle 5: Indikatorenergebnisse Herzinsuffizienz (Datenbasis 2022, LKF)

Im Jahresschwerpunkt **Bauchchirurgie** sind 6 unterschiedliche Themengebiete beinhaltet:

<sup>3</sup> G-IQI – German Inpatient Quality Indicators Version 5.4 (Datenjahr 2021)

<sup>4</sup> CH-IQI – Swiss Inpatient Quality Indicators 5.4 (Datenjahr 2022)



- » Cholezystektomie
- » Operationen von Hernien
- » kolorektale Operationen
- » Magenoperationen
- » Operationen an der Speiseröhre und
- » Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber.

Die 7 Kennzahlen im Bereich der **Cholezystektomie** decken Operationsaspekte, Todesfälle und (potentielle) Komplikationen ab. Als Zielwert dient überwiegend der Bundesdurchschnitt (BD), nur eine Kennzahl wurde als „Sentinel“ (SE) definiert, das heißt jeder Einzelfall im Zähler führt zu einer roten Ampel mit dem Ziel einer kritischen Fallanalyse. 2022 wurden 15.148 Cholezystektomien in 121 Krankenanstalten durchgeführt, davon 4,89% im Zuge einer offenen Operation (Deutschland 5,2%, Schweiz 2,5%), 1,37% mit Umstieg. 0,36% oder 55 Fälle sind innerhalb des stationären Aufenthalts verstorben (Deutschland 0,58%, Schweiz 0,2%). Eine Re-Operation wurde in 0,83%, eine ERCP (Endoskopisch retrograde Cholangio Pankreaticographie) postoperativ in 1,69% der Gesamtfälle durchgeführt. 221 Fälle wurden zumindest 2 Nächte intensivmedizinisch betreut.

Indikator Cholezystektomie	Zielwert	Ergebnis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auffällig
16.10 Cholezystektomien, offene OP	< (BD)	4,89%	741	15.148	121	17
16.20 Cholezystektomien, Todesfälle	< (BD)	0,36%	55	15.148	121	7
16.30 Cholezystektomien, Re-OP im gleichen Aufenthalt	< (BD)	0,83%	126	15.148	121	6
16.40 Laparoskopische Cholezystektomien, Todesfälle	= (SE)	0,22%	31	14.407	120	24
16.50 Laparoskopische Cholezystektomien, Intensiv (>= 2 Nächte)	< (BD)	1,53%	221	14.407	120	13
16.60 Laparoskopische Cholezystektomien, Umsteiger	< (BD)	1,37%	200	14.607	120	13
16.70 Laparoskopische Cholezystektomien, ERCP nach OP-Tag	< (BD)	1,69%	244	14.407	120	5

Tabelle 6: Indikatorenergebnisse Cholezystektomie (Datenbasis 2022, LKF)

Die 11 Kennzahlen zum Thema **Hernien** umfassen die Operationstechnik, Todesfälle und Intensivhäufigkeiten bei Hernien-Operationen insgesamt sowie getrennt nach Inguinal-/Femoralhernien und Narbenhernien dar. 2 Mengeninformationen informieren über die Anzahl an Operationen bei Kindern und komplexen Fällen mit Darmoperation. 63,79% der 28.201 Hernien-Operationen werden offen operiert. Die Sterblichkeit liegt bei 0,05% (Deutschland 0,11%, Schweiz 0,1%), die Intensivhäufigkeit mit einer Verweildauer von mindestens 2 Nächten bei 0,58%.

Indikator Operationen von Hernien	Zielwert	Ergebnis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auffällig
17.10 Hernien-Operationen, offene OP		63,79%	17.990	28.201	125	
17.11 OP von Inguinal- und Femoralhernien, offene OP		43,87%	8.484	19.341	122	
17.12 OP von Narbenhernien, offene OP		88,95%	2.698	3.033	117	
17.20 Hernien-Operationen, Todesfälle	= (SE)	0,05%	13	28.201	125	12
17.21 OP von Inguinal- und Femoralhernien, Todesfälle		0,03%	6	19.341	122	
17.22 OP von Narbenhernien, Todesfälle		0,13%	4	3.033	117	
17.30 Hernien-Operationen, Intensiv (>= 2 Nächte)	< (BD)	0,58%	163	28.201	125	7
17.31 OP von Inguinal- und Femoralhernien, Intensiv (>= 2 Nächte)		0,22%	43	19.341	122	
17.32 OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Intensiv (>= 2 Nächte)		3,20%	97	3.033	117	

17.40 Hernien-Operationen bei Kindern		808		808	43
17.50 Hernien-Operationen mit Darmoperation, Todesfälle		5,17%	12	232	80

Tabelle 7: Indikatorenergebnisse OP von Hernien (Datenbasis 2022, LKF)

In 151 KA sind 9.664 Behandlungen zur Diagnose Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn verzeichnet. Insgesamt beinhaltet das Themengebiet 22 Einzelkennzahlen. Das Indikatorenset zu **kolorektalen Operationen** betrachtet Todesfälle, Re-Operationen, die Operationstechnik sowie die Verteilung der Krebs-Stadien. In 117 Krankenanstalten wurden bei 8.211 Fällen kolorektale Resektionen durchgeführt. Die Mortalität lag bei 5,67% (Deutschland 7,7%, Schweiz 4,1%) und es wurden 9 rote Ampeln verzeichnet. Die Re-Operationsrate betrug 13,59%. Neben der Gesamtmortalität (Indikator 18.21) werden noch weitere risikodifferenzierte Gruppen ausgewiesen wie Kolonresektionen bei Divertikeln oder Darmischämie. Bei Kolonresektionen (bei Karzinom) wird am häufigsten das UICC-Stadium II (31,52%) angegeben. Bei Rektumresektionen ist das Stadium III (33,40%) das am häufigsten dokumentierte und der Anteil an radikalen chirurgischen Entfernungen des Mastdarmes inkl. des Sphinkterapparates (Rektumexstirpation) liegt bei 22,46%. Bei Appendektomien beträgt die Intensivhäufigkeit mit einer Verweildauer von mindestens 2 Nächten 1,45%.

Indikator Kolorektale Operationen	Zielwert	Ergebnis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auffällig
18.10 Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn		9.664		9.664	151	
18.21 Kolorektale Resektionen, Todesfälle	< (BD)	5,67%	466	8.211	117	9
18.22 Kolorektale Resektionen, Re-OP im gleichen Aufenthalt	< (BD)	13,59%	1.115	8.211	117	10
18.31 Kolonresektionen bei Karzinom, Todesfälle	< (BD)	3,13%	75	2.398	104	8
18.32 Kolonresektionen bei Karzinom, Re-OP im gleichen Aufenthalt	< (BD)	8,84%	211	2.398	104	4
18.33 Kolonresektionen bei Karzinom (kompl. Diagnose), Todesfälle		10,86%	29	267	75	
18.34 Kolonresektionen bei Karzinom, UICC I		25,88%	619	2.392	105	
18.35 Kolonresektionen bei Karzinom, UICC II		31,52%	754	2.392	105	
18.36 Kolonresektionen bei Karzinom, UICC III		27,84%	666	2.392	105	
18.37 Kolonresektionen bei Karzinom, UICC IV		16,05%	384	2.392	105	
18.41 Rektumresektionen bei Karzinom, Todesfälle	< (BD)	2,29%	21	917	79	4
18.42 Rektumresektionen bei Karzinom, Rektumexstirpation		22,46%	206	917	79	
18.43 Rektumresektionen bei Karzinom, UICC I		26,66%	265	994	80	
18.44 Rektumresektionen bei Karzinom, UICC II		27,97%	278	994	80	
18.45 Rektumresektionen bei Karzinom, UICC III		33,40%	332	994	80	
18.46 Rektumresektionen bei Karzinom, UICC IV		12,47%	124	994	80	
18.51 Kolorektale Resektionen bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle	< (BD)	0,00%		828	95	
18.52 Kolorektale Resektionen bei Divertikel mit Abszess/Perforation, Todesfälle		5,59%	49	877	93	
18.53 Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Todesfälle		36,42%	63	173	61	
18.54 Kolorektale Resektionen bei Colitis oder Crohn, Todesfälle		2,31%	9	390	73	
18.55 Kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose, Todesfälle		9,32%	220	2.361	111	
18.60 Appendektomien, Intensiv (>= 2 Nächte)	< (BD)	1,45%	145	9.987	109	10

Tabelle 8: Indikatorenergebnisse Kolorektale Operationen (Datenbasis 2022, LKF)

Die 9 Indikatoren zum Thema **Magen** messen Mengen sowie Todesfälle und Re-Operationen insgesamt sowie zu den beiden Indikationen Magenkarzinom und Adipositas. Zur Adipositas-Chirurgie wird auch die Erreichung der Mindestmengen (angelehnt an den ÖSG) ausgewiesen. In 81

Krankenanstalten wurden 588 Magenresektionen aufgrund eines Magenkarzinoms durchgeführt. Die Sterblichkeit liegt bei 4,25% (Deutschland 5,5%, Schweiz 2,1%), die Re-Operationsrate bei 10,88% (2 rote Ampeln). Bei den adipositas-chirurgischen Eingriffen liegt die Sterblichkeit basierend auf 2.443 Eingriffen mit einem Todesfall bei 0,04% (Deutschland 0,04%, Schweiz k.A.). 2,42% der Fälle mussten erneut operiert werden. In 12 Krankenanstalten wurde die Mindestmenge (BM) von 25 Eingriffen nicht erreicht.

Indikator Magenoperationen	Zielwert	Ergebnis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auffällig
19.10 Ulcus von Magen, Duodenum oder Jejunum, Todesfälle		4,11%	139	3.385	127	4,11%
19.20 Magenresektionen insgesamt				1.253	93	
19.21 Magenresektionen bei Magenkarzinom, Todesfälle		4,25%	25	588	81	
19.22 Magenresektionen bei Magenkarzinom, Re-OP im gleichen Aufenthalt	< (BD)	10,88%	64	588	81	2
19.23 Magenresektionen mit Eingriff am Ösophagus, Todesfälle		4,17%	1	24	11	
19.24 Partielle und totale Magenresektionen bei anderer Diagnose, Todesfälle		9,67%	62	641	83	
19.30 Adipositas-Chirurgie, Todesfälle	= (SE)	0,04%	1	2.443	39	1
19.31 Adipositas-Chirurgie, Re-OP im gleichen Aufenthalt	< (BD)	2,42%	59	2.443	39	4
53.30 Adipositas-Chirurgie (ÖSG-Definition), Mindestmenge	> (BM)			2.429	39	12

Tabelle 9: Indikatorenergebnisse Magenoperationen (Datenbasis 2022, LKF)

In der folgenden Tabelle sind die 3 komplexen Themengebiete **Ösophagus, Pankreas und Leber** gemeinsam abgebildet. Die Mindestmengenvorgabe liegt jeweils bei 10 Fällen. Ösophaguschirurgische Eingriffe werden in 31 Krankenanstalten mit einer Sterblichkeit von 1,97% durchgeführt (Deutschland 8,1%, Schweiz 6,0%). In 10 von 19 Krankenanstalten wird die Mindestmenge (BM) von 10 Eingriffen nicht erreicht. Die Mortalitätsindikatoren zur Pankreaschirurgie unterscheiden sich hinsichtlich der eingeschlossenen Eingriffe - insgesamt 6,47%, nur Resektionen bei Karzinom 5,31% (Deutschland 7,1%, Schweiz 2,3%), andere lokale/kleinere Eingriffe 8,77%. Die Mindestmengenvorgabe wird von 21 Krankenanstalten nicht erreicht. 588 anatomische Leberresektionen wurden in 41 Krankenanstalten durchgeführt. Die Sterblichkeit beträgt 2,38%. Die Mindestmengen sind in 20 Krankenanstalten nicht erreicht.

Indikator Ösophagus, Pankreas und Leber	Zielwert	Ergebnis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auffällig
20.10 Ösophaguschirurgie, Todesfälle		1,97%	7	354	31	
53.10 Ösophaguschirurgie (ÖSG-Definition), Mindestmenge	> (BM)			217	19	10
21.10 Pankreaseingriffe insgesamt, Todesfälle		6,47%	70	1.097	58	
21.11 Pankreasresektionen bei Pankreaskarzinom, Todesfälle		5,31%	38	715	45	
21.12 Andere lokale oder kleinere Eingriffe am Pankreas, Todesfälle		8,77%	10	114	38	
53.20 Eingriffe am Pankreas (ÖSG-Definition), Mindestmenge	> (BM)			1.024	49	21
21.21 Anatomische Leberresektionen, Todesfälle		2,38%	14	588	41	
53.50 Leberchirurgie (ÖSG-Definition), Mindestmenge	> (BM)			592	41	20

Tabelle 10: Indikatorenergebnisse Ösophagus, Pankreas und Leber (Datenbasis 2022, LKF)

### 3.2.2 Peer-Review-Ergebnisse

In der PRV-Periode 2023 fanden insgesamt 23 Peer-Review-Verfahren statt:

- » Herzinsuffizienz: 6 (ursprünglich 7, 1 abgesagt und auf Herbst 2024 verschoben)
- » Bauchchirurgie: 16
- » schwerpunktunabhängige Verfahren: 1.

Die Ergebnisse werden basierend auf den Protokollen der Review-Teams entlang der 4 Kategorien Strukturen, Prozesse, medizinische Themen und Dokumentation zusammengefasst.

In den 6 Verfahren zum Schwerpunkt **Herzinsuffizienz** wurden 114 Fälle von Peers aus den Fachbereichen Innere Medizin, Pulmologie und Anästhesie/Intensivmedizin analysiert. Insgesamt waren 23 Peers im Einsatz. Das Verbesserungspotential lag bei 13% der Fälle (Bewertung in Kategorie 1). In 71% der Fälle stimmte die Selbstbewertung mit der Fremdbewertung überein (Bewertung in der gleichen Kategorie - 1, 2 oder 3).

Als wesentliches Thema konnte bspw. Medikationssicherheit identifiziert werden. Die Detailergebnisse sind in der folgenden Tabelle zu finden.

<b>Strukturen</b>	Technische Hilfsmittel zur automatisierten Überprüfung von Interaktionen bei Medikamenten als Unterstützung für die Ärzt:innen anschaffen Verbesserung der prekären personellen Situation im ärztlichen Bereich der Abteilung Ausbildungskooperation zw. Krankenanstalten etablieren
<b>Prozesse</b>	Zusammenarbeit zw. Spitälern hinsichtlich Zuweisung (Transfer in sehr schlechtem AZ) verbessern und Versorgungsauftrag einbeziehen Effizientes vorgelagertes Gatekeeping und nachgelagerte rasch verfügbare Anschlussversorgung schaffen (auch Zusammenarbeit mit Pflegeheimen)
<b>Medizinische Themen</b>	Beurteilung der medikamentösen Therapie durch klinische Pharmazie in regelmäßigen Zeitabständen Notfallechokardiographie bei jeder Aufnahme mit der Diagnose Herzinsuffizienz Tägliche Messung von Gewicht (Therapieentscheidungen), im Einzelfall Dokumentation von Ein- und Ausfuhr
<b>Dokumentation</b>	Unterstützende und nachvollziehbare Dokumentation in der Krankengeschichte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentation von Therapiezielen, Therapiezieländerung und Entscheidungen am Lebensende (nach ÖGARI: Do Not Resuscitate, Do Not Escalate, Comfort-Terminal-Care, Allowed Natural Death...)</li> <li>- Regelmäßige Dekursierung</li> <li>- Verbesserung der Kodierung (auch Hauptdiagnose vs. Todesursache)</li> <li>- Pflegedokumentation - Evaluierung des Dokumentationsumfangs</li> </ul> IT, (Personal-)Ausstattung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einführung von Dokumentations- und Kodierassistent:innen (Entlastung der ärztl. Berufsgruppe), auch Spracherkennungssysteme</li> <li>- Elektronische Fieberkurve umsetzen</li> </ul>

	- Verbesserung des IT-Tools SAP unter Einbezug der Anwender:innen
--	---

Tabelle 11: Herzinsuffizienz Peer-Review-Ergebnisse (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

In den 16 Verfahren zum Schwerpunkt **Bauchchirurgie** wurden 279 Fälle von Peers aus den Fachbereichen Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie/Intensivmedizin analysiert (79 Peers im Einzelsatz). In 37% der Fälle wurde Verbesserungspotential identifiziert (Bewertung in Kategorie 1, siehe folgende Tabelle), in 67% der Fälle stimmte die Selbstbewertung mit der Fremdbewertung überein (Bewertung in der gleichen Kategorie - 1, 2 oder 3).

<b>Strukturen</b>	Evaluierung der Kapazitäten Aufwachraum/IMCU/ICU
	Verbesserung der MRT Diagnostik für allgemein chirurgische Patient:innen (eingeschränkte MRT Personalressourcen)
	Radiologie: CT/tägliche Röntgen-Thorax auf der ICU (fehlende Interventionsmöglichkeit in KA)
	Aufgabenverteilung zw. Zentralversorgern und Grundversorgungs-KA (abgestufte Versorgung in Bundesland/Versorgungsregion)
	Fehlende Strukturen für tagesklinisches Operieren
	Etablieren eines Ethik-Boards
	Analgosedierung: fehlendes System (z.B. AnaConDa)
	Fehlender Monitor zum Hämodynamikmonitoring (ICU/OP)
	Fehlende transösophageale Echokardiographie
	Kosten-effizientes Outsourcen der teleradiologischen Befundung von (Akut-)CTs

<b>Prozesse</b>	Verbesserung der interdisziplinären Abstimmung zw. Chirurgie/Anästhesie, präoperative Optimierung
	Optimierung der Arbeit des Tumorboards (zeitliches Fenster, Nachvollziehbarkeit)
	Transferierungen:
	- Abtransferierungen in ein Zentrum bei schweren Krankheitsverläufen strukturiert erleichtern durch Vereinbarungen, Implementierung eines Transfer-Koordinators bzw. Wiederimplementierung des ICU-Betten-Koordinators
	- Erarbeitung von SOPs zum Transferierungsmanagement postoperativer (kritischer) Patient:innen von Aufwachraum/ICU auf die chirurgische Normalstation
	- Verbesserung des „Frühwarnsystems“ auf der chirurgischen Normalstation (Prozess, Dokumentation des Risikoscores)
Befundrückmeldung unkompliziert ermöglichen	
Obduktionen erleichtern und Befundrückmeldung beschleunigen	

<b>Medizinische Themen</b>	Entwicklung und Umsetzung von Standards:
	- Vasopressortherapie
	- Gerinnungsmanagements (AntiXa, Fibrinogen, Rotem...)
	- antibiotische und antimykotische Therapie und Anbindung an Mikrobiologie
	- Indikation zur Stomaanlage (Anastomoseninsuffizienzen)
	- Indikationsstellung (Cholezystektomie, Appendektomie, Splenektomie, Fundoplikatio)
	- Transfusionskriterien
	Überprüfen der diagnostischen Abläufe hinsichtlich Zeitverzug
Verwendung eines Early Warning Scores zur frühzeitigen Erkennung von Anzeichen einer Verschlechterung (siehe auch Prozesse)	
Optimierung der Lokalanästhesie über thorakale Periduralanästhesie	
Relaxometrie im OP	
Diskussion und tägliche Evaluation der Intensivtherapie	

	SOPs für das KH-interne Wissensmanagement erarbeiten, kommunizieren und aktualisieren (Therapiezieländerungen, NOAK-Management (neue orale Antikoagulanzen), Herzinsuffizienz-Management, Indikationen offener Zugang)
--	--

<b>Dokumentation</b>	Nachvollziehbarkeit der Behandlungsprozesse im bauchchirurgischen Setting durch umfassende und schlüssige Dokumentation: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgische Dekurse systematisch dokumentieren mittels Diktat (bei Visiten, in Ambulanz, bei Konsilien auf anderer Abteilung) und schriftlicher Befund in der Krankengeschichte</li> <li>- fehlende „Ressource“ Schreibkraft</li> <li>- E-Diktate</li> <li>- Aufklärungsbögen und OP-Protokolle</li> <li>- Strukturierte Dokumentation von End-of-Life decisions</li> </ul>
	Reanimationsdokumentation
	Todeszeitpunkt
	Allergiedokumentation und Handhabung verbessern
	Verbesserung der LKF-Kodierung
	IT: <ul style="list-style-type: none"> <li>- elektr. Fieberkurve</li> <li>- PDMS nicht vorhanden</li> <li>- Verbesserung der Krankenhaus-IT (Dokumente häufig nicht elektronisch verfügbar, Schnittstellen-wartung, Vereinheitlichung der Systeme)</li> <li>- Einblick in Vorbefunde automatisieren</li> </ul>

Tabelle 12: Bauchchirurgie Peer-Review-Ergebnisse (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Die Themen Medikationssicherheit sowie Entscheidungen am Lebensende sind auch Teil des Fragebogens der Qualitätsberichterstattung für Krankenanstalten der Akutversorgung (2022, Basis 170 Krankenanstalten) und auch dort zeigt sich Entwicklungspotential:

- » Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert? Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, PIM) Ergebnis: 79%
- » Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inkl. Interaktionsprüfung)? Ergebnis: 45%
- » Gibt es in der Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-Life? Ergebnis: 64%.

### 3.2.3 Feedback

In A-IQI wird nach jedem Peer-Review-Verfahren mithilfe von standardisierten Fragebögen Feedback von den Krankenanstalten und den Peer-Review-Teams eingeholt. Das Feedback dient einerseits zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verfahrens, andererseits als Rückmeldung für das Indikatorenset. Die dargestellten Feedbackergebnisse beziehen sich auf alle 23 durchgeführten Peer-Review-Verfahren.

Der „**Feedbackfragebogen Krankenhaus**“ wird jeweils nach Fertigstellung des Protokolls an die ärztliche Direktion übermittelt. Die Rücklaufquote betrug 96%. Der 3-seitige Fragebogen beinhaltet insgesamt 19 Fragen in den 4 Kategorien Organisation des Verfahrens, Durchführung des kollegialen Dialogs/Abschlussgesprächs, Atmosphäre und Ergebnis. Zu jeder Frage gibt es eine Antwortmöglichkeit von 1–5 nach Schulnotensystem. Zusätzlich gibt es auch Freitextfelder, um anderweitige Erfahrungen oder Anregungen rückmelden zu können. Insgesamt ist das Feedback, wie auch in den vergangenen Jahren, durchwegs positiv. Die schlechteste durchschnittliche Bewertung einer Frage liegt bei 1,5. Die Bewertung der einzelnen Fragen ist in der folgenden Tabelle ersichtlich.

Organisation	Ablauf klar und transparent beschrieben	1,1
	Aufgaben der Abteilung eindeutig dargestellt	1,0
	Falllisten 6 Wochen vor Termin vorliegend	1,2
	Terminfindungsprozess in Ordnung	1,4
Kollegialer Dialog / Abschlussgespräch	Abschlussgespräch sachlich und korrekt	1,0
	alle Fälle angesprochen	1,1
	Basis ausschließlich anerkannte medizinische Konzepte	1,0
	ausreichend Zeit für Gespräch	1,1
Atmosphäre	Peers haben sich intensiv mit Fällen beschäftigt	1,0
	Atmosphäre freundlich	1,0
	Peers um kollegialen Gesprächsverlauf bemüht	1,0
	Argumente der Abteilung gewürdigt	1,0
	Review Team kollegial und kooperativ	1,0
	Optimierungsmöglichkeiten in einer annehmbaren Weise kommuniziert	1,0
Ergebnis	mit unterschiedlichen Auffassungen sachlich umgegangen	1,0
	Ergebnis nachvollziehbar	1,0
	Analyse hilfreich	1,2
	Protokoll spiegelt das Gespräch wieder	1,0
	Vorschläge umsetzbar	1,5

Abbildung 11: Feedback Krankenhaus

Der „**Fragebogen Teamleitung**“ wird zeitlich wie der Fragebogen Krankenhaus nach dem Protokollversand an die Teamleitung übermittelt. Der 1-seitige Fragebogen umfasst insgesamt 12 Fragen zu den 4 Kategorien Organisation und Vorbereitungen vor Ort, Durchführung des kollegialen Dialogs/Abschlussgesprächs, Akzeptanz des Verfahrens und Ergebnis. Es gibt ebenso die Möglichkeit, Besonderheiten aufzuzeigen und Anregungen zu geben.

Die Rücklaufquote betrug wie im Vorjahr 100%. Die 4 bewerteten Fragen wurden wie folgt beantwortet:

- » Wie schätzen Sie die Akzeptanz des besuchten Krankenhauses in Bezug auf das Peer-Review-Verfahren allgemein ein (1=sehr hoch, 5=keine)? **Ergebnis: 1,4** (Vorjahr 1,3)
- » War das Gespräch sachlich und korrekt und der Dialog wertschätzend (1=sehr, 5=nein)? **Ergebnis: 1,1** (Vorjahr 1,1)
- » Wie hat das Peer-Review-Team zusammengearbeitet (1=optimale Zusammenarbeit, 5=es hat nicht funktioniert)? **Ergebnis: 1,0** (Vorjahr 1,0)
- » Wie ist das Peer-Review-Verfahren aus Ihrer Sicht gelungen (1=alles optimal gelaufen, 5=es ist nicht gelungen)? **Ergebnis: 1,4** (Vorjahr 1,1)

Alle Rückmeldungen und Anregungen aus den Fragebögen werden evaluiert, diskutiert und wenn erforderlich Verfahrensanpassungen vorgenommen. In Vorbereitung auf die Peer-Review-Verfahren 2024 erfolgte bspw. eine zusätzliche Abfrage bei den Teamleitungen bzgl. Vorbereitung der Unterlagen (z.B. Sortierung der Krankengeschichte, notwendige IT-Arbeitsplätze) sowie zu den zeitlichen Abläufen vor Ort.



## 4 Fokusthema Qualitätsregister

Wie bereits im Kapitel 2.2 kurz dargestellt, fließen seit mehreren Jahren Ergebnisse aus 3 Qualitätsregistern – Herzchirurgie, Schrittmacher/ICD/Loop-Recorder, Stroke-Unit – in das A-IQI System ein. Das heißt, dass ausgewählte Indikatoren aus den Registern im A-IQI Zyklus integriert sind. Einerseits werden diese einmal jährlich im Zuge der Versionierung ausgewertet, und andererseits in den Prozess eines Jahresschwerpunktes einbezogen. Dieses Kapitel soll die ersten Erkenntnisse zum Stroke-Unit-Register dazu erläutern, und auch aktuelle strategische Arbeiten darstellen.

### 4.1 Stroke-Unit-Register

Die bundesweite Schlaganfall-Dokumentation ist dreistufig aufgebaut. Der Basisdatensatz (1) ist in den LKF-Routinedaten verankert und umfasst alle Patient:innen mit Diagnose Schlaganfall und dieser ist die Datenbasis für die regulären Qualitätsindikatoren im A-IQI Projekt. Für Patient:innen auf der Stroke-Unit ist eine zusätzliche Datenerfassung im Stroke-Unit-Register (2) vorzunehmen. Der endovaskuläre Datensatz (3) ist ein Teil des Stroke-Unit-Registers und bei endovaskulärer Therapie zu befüllen.

Im Jahresschwerpunkt 2022 wurden erstmals Peer-Review-Verfahren zum Schlaganfall unter Einbezug des Stroke-Unit-Registers durchgeführt. Dies inkludierte auch eine Datenqualitätsprüfung bzgl. Registereingaben und Vollständigkeit im Zuge des Rückmeldebogens Kodierung. Im Rahmen dieser **Datenanalyse** (Datenjahr 2020) wurden einige Mängel bzw. Unzulänglichkeiten in der Dokumentation festgestellt:

- » mehrere Stroke-Units lieferten weniger als 80 % der erforderlichen Datensätze
- » Zeitmarken waren häufig nicht korrekt angegeben (bspw. Zeitpunkt der Aufnahme oder der Diagnostik)
- » Skalen waren in vielen Fällen nicht korrekt eingetragen (NIH-S, Rankin)
- » Unklarheiten bzw. unterschiedliches Vorgehen bei der Eintragung einzelner Datenfelder (z.B. Datenfeld Pneumonie oder Wiederaufnahme nach endovaskulärer Therapie).

Basierend auf dieser Analyse wurden mit dem Ziel der Steigerung der Datenqualität und Verbindlichkeit der Eingabe folgende weitere Schritte gesetzt:

- » Schreiben des BMSGPK betreffend Datenvollständigkeit und Datenqualität an die Geschäftsstellen der Landesgesundheitsfonds zur Weiterleitung an alle Krankenanstalten-träger bzw. Krankenanstalten,
- » Erstellen eines Dokumentationsleitfadens gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Schlaganfallforschung,
- » zusätzliche unterjährige Analyse der Datenvollständigkeit je Stroke-Unit.

2023 startete zusätzlich auch eine Abstimmung zum Thema Register mit dem Verein **ASQS** (Austrian Society for Quality & Safety in Healthcare), da dort 2022 eine Arbeitsgruppe „Datenqualität

in Medizinischen Registern“ zur Sicherstellung qualitätsgesicherter, vollständiger Datensätze und zur Vernetzung installiert wurde. Der erste Abstimmungstermin zum Stroke-Unit-Register fand im Juni 2023 mit Vertreter:innen aus mehreren Krankenanstaltenträgern statt und es wurden viele operative Details hinsichtlich Registerbetrieb diskutiert (Benutzeroberfläche des Registers, Rohdatenauszüge etc.) und Anpassungen in die Wege geleitet.

## 4.2 Strategische Arbeiten

Hintergrund: In den letzten Jahren haben sich im Zuge der Registerarbeiten 2 wesentliche Fragen herauskristallisiert, die bisher bundesweit noch nicht strukturiert ausgearbeitet wurden:

- » Welche Aspekte sind notwendig, um ein Qualitätsregister qualitativ zu führen? (Qualitätskriterien für Registerführung)
- » Welche bundesweiten Qualitätsregister werden überhaupt benötigt?

Basierend auf diesen beiden Fragen, soll bis Ende 2024 eine Registerstrategie erarbeitet und in die Gremien der ZS-G eingebracht werden. Wesentliche Elemente dazu sollen die Grundlagenarbeit des Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH (aihta) sowie die Ergebnisse des Arbeitskreises Qualitätsregister liefern, die folgend kurz erläutert werden.

Im November 2023 wurde vom aihta der Bericht **„Register in Österreich und deren Verwendung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung“** veröffentlicht. Der Bericht gibt einen Überblick über die österreichische Registerlandschaft und beinhaltet auch wesentliche Qualitätskriterien für den Betrieb eines Registers.

Überblick zu Inhalten und Forschungsfragen:

- » Überblick bestehender Register in Österreich
- » Überblick zu Registercharakteristika
- » Best-Practice Beispiele
- » Nutzung der Register durch Entscheidungsträger:innen
- » Weiterentwicklungsbedarfe
- » Forschungsfrage 1: Welche implementierten versorgungsrelevanten Register gibt es in Österreich und welche Nutzungszwecke und Ziele verfolgen sie?
- » Forschungsfrage 2: In welchen Bereichen entsprechen ausgewählte österreichische Register den Qualitätsstandards aus internationalen Leitlinien und Kriterienkatalogen zur Bewertung der Registerqualität?
- » Forschungsfrage 3: Welche registerspezifischen Charakteristika weisen die identifizierten Register auf und in welchem Ausmaß und für welche Zwecke werden sie derzeit von Entscheidungsträger:innen und Gesundheitsplaner:innen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung genutzt?
- » Forschungsfrage 4: Was kann aus den gewonnenen Informationen hinsichtlich der gemeinsamen Nutzung von Registerdaten abgeleitet werden und in welchen Bereichen gibt es in der österreichischen Registerlandschaft noch Weiterentwicklungsbedarf?

Der **Arbeitskreis Qualitätsregister** wurde, wie in der folgenden Abbildung ersichtlich, von der Vollversammlung des Obersten Sanitätsrates als Gremium innerhalb der Arbeitsgruppe Digitalisierung und Register eingerichtet.

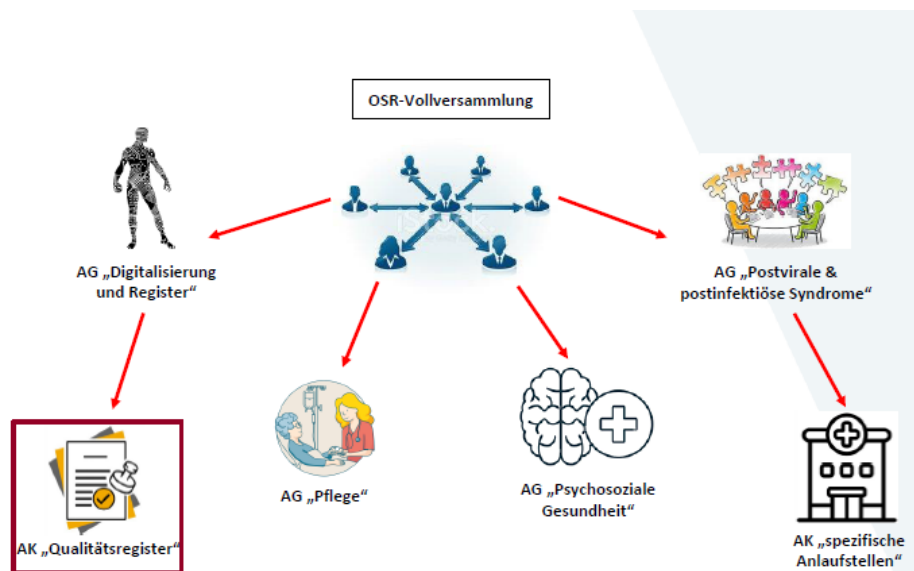


Abbildung 12: Überblick Oberster Sanitätsrat (Quelle und Darstellung: BMSGPK)

Der Arbeitskreis wurde mit folgender Fragestellung beauftragt:

- » Erarbeitung: Welche Register werden benötigt und welche bereits bestehenden Register nicht mehr?
- » Definition von objektiven, transparenten Kriterien für die Neuschaffung von Registern bzw. für die Entscheidung der Fortführung von Registern (Priorisierungskriterien).

Neben den genannten Priorisierungs- und Qualitätskriterien sollen auch allgemeine Grundlagen (z.B. Definition Register, rechtliche Grundlagen), technische Grundvoraussetzungen und bisherige praktische Erfahrungen Teil der **Registerstrategie** sein.

## 5 Ausblick 2024

2024 werden Peer-Review-Verfahren zu den Jahresschwerpunkten **Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Herzchirurgie** sowie etwaige schwerpunktunabhängige Verfahren stattfinden. Erstmals sind auch die Ergebnisse des herzchirurgischen Registers eingebunden.

Vorbereitungen zur Evaluierung der Webapplikation **Kliniksuche.at**, welche 2025 vorgesehen ist, werden bereits 2024 starten.

Zu den einzelnen bundesweiten Qualitätsregistern werden 2024 erstmals Jahresberichte veröffentlicht werden. Die Erarbeitung eines Erstentwurfs der **Registerstrategie** stellt einen wesentlichen Aufgabenschwerpunkt 2024 dar. Die Einbringung in die Gremien der ZS-G ist Ende 2024 vorgesehen.

Im Zuge der Verhandlungen zur Gesundheitsreform haben sich einige Grundvoraussetzungen bzgl. **Datenverfügbarkeit** geändert. Bspw. wird basierend auf dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen zukünftig das im Zuge des Pseudonymisierungsvorganges erstellte bereichsspezifische Personenkennzeichen Gesundheit vorliegen. Dies wird viele neue Möglichkeiten und Perspektiven für die Qualitätsmessung eröffnen.

## Literatur

- BMSGPK (2022): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Version 2.1 Aktualisierung der Qualitätsstrategie. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2023): A-IQI Austrian Inpatient Quality Indicators. Technische Definitionen „Reguläre Qualitätsindikatoren“. Indikatorenversion 2023. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2023): A-IQI Austrian Inpatient Quality Indicators. Technische Definitionen „Zusatzauswertungen“. Indikatorenversion 2023 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2023): ÖSG 2023. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMSGPK (2024): Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung. Berichtsjahr 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Eisenmann, Alexander; Soede, Isabel; Neubauer, Sonja (2023): Evaluierung der Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen Version 2.1 – Evaluierungsbericht. Publikationsfassung. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Strohmaier C und Kern J. Register in Österreich und deren Verwendung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. AIHTA Projektbericht Nr.: 157; 2023. Wien: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH.
- Türk, S. / Amon, M. / Rath, I. / Vukic I. (2019): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) Organisationshandbuch. Organisationsablauf und Systembeschreibung. Wien: BMSGK.

# Anhang

---

Anhang 1: Indikatorenergebnisse Reguläre Qualitätsindikatoren

Anhang 2: Indikatorenergebnisse Zusatzauswertungen

Anhang 3: Indikatorenergebnisse Versorgungsqualität/Versorgungsdichte

Anhang 4: Indikatorenergebnisse Qualitätsregister

# Anhang 1

---

Indikatorenergebnisse Reguläre Qualitätsindikatoren

A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>01 - Herzinfarkt</b>										
01.10	Herzinfarkt, Todesfälle	T < (EW)	5,17%	798	15.481	126	30	11	5,00%	5,57%
01.11	Herzinfarkt, Alter 20-44, Todesfälle	T < (EW)	1,02%	6	589	79	57	1	3,39%	1,40%
01.12	Herzinfarkt, Alter 45-64, Todesfälle	T < (EW)	1,97%	115	5.822	109	27	6	2,02%	2,01%
01.13	Herzinfarkt, Alter 65-84, Todesfälle	T < (EW)	5,79%	434	7.528	121	28	8	5,27%	5,99%
01.14	Herzinfarkt, Alter >= 85, Todesfälle	T < (EW)	15,76%	243	1.542	113	50	5	15,10%	17,94%
01.20	Herzinfarkt, Fälle ohne Linksherzkatheter	V	39,93%	6.188	15.481	126	30		40,01%	40,03%
01.21	Herzinfarkt ohne Zutransferierung, Fälle ohne Linksherzkatheter	V	36,48%	4.331	11.859	121	28		37,42%	37,08%
01.22	Herzinfarkt Zutransferierungen, Fälle ohne Linksherzkatheter	V	51,23%	1.857	3.622	110	38		48,30%	50,07%
01.23	Herzinfarkt ohne Zutransferierung, Fälle ohne LHK oder Koronar-OP	V	36,34%	4.314	11.859	121	28		37,31%	37,02%
01.31	Herzinfarkt Direktaufnahmen ohne Transfer, Todesfälle	T	9,20%	717	7.809	114	36		9,21%	9,96%
01.32	Herzinfarkt Zutransferierungen, Todesfälle	T	2,26%	81	3.622	110	38		1,88%	2,33%
01.33	Herzinfarkt mit Reanimation, Todesfälle	T	28,17%	40	140	36	33		31,08%	30,29%
01.41	Akuter Herzinfarkt, nicht näher bezeichnete akute Infarktformen	V	1,07%	165	15.462	126	30		0,35%	0,50%
01.42	Akuter Herzinfarkt, transmuraler Herzinfarkt	V	44,17%	6.824	15.462	126	30		41,51%	42,62%
01.43	Transmuraler Herzinfarkt, Todesfälle	T < (EW)	7,71%	525	6.824	117	35	10	7,74%	8,24%
01.44	Nichttransmuraler Herzinfarkt (NSTEMI), Todesfälle	T	3,07%	259	8.473	119	30		2,91%	3,41%
01.50	Herzinfarkt Zusatzdiagnose, Todesfälle	T	14,09%	900	6.386	140	41		15,54%	16,16%
<b>02 - Herzinsuffizienz</b>										
02.10	Herzinsuffizienz, Todesfälle	T < (EW)	9,69%	2.252	23.248	137	9	22	9,20%	9,29%
02.11	Herzinsuffizienz, Alter 20-44, Todesfälle	T < (EW)	4,10%	8	195	67	65	1	1,47%	3,52%
02.12	Herzinsuffizienz, Alter 45-64, Todesfälle	T < (EW)	3,55%	64	1.801	119	53	3	4,44%	4,33%
02.13	Herzinsuffizienz, Alter 65-84, Todesfälle	T < (EW)	7,57%	946	12.496	134	11	13	7,60%	7,51%
02.14	Herzinsuffizienz, Alter >= 85, Todesfälle	T < (EW)	14,09%	1.234	8.756	135	16	18	12,61%	13,12%
02.15	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz	V	48,18%	11.201	23.248	137	9		49,58%	49,04%
02.20	Linksherzinsuffizienz, Todesfälle	T < (EW)	8,23%	763	9.267	130	24	14	8,77%	8,89%
02.21	Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium I, Todesfälle	T < (EW)	4,92%	12	244	71	67		1,38%	4,79%
02.22	Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium II, Todesfälle	T < (EW)	1,89%	28	1.482	119	81	4	2,06%	1,73%
02.23	Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium III, Todesfälle	T < (EW)	3,54%	125	3.536	123	43	6	2,92%	2,77%
02.24	Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium IV, Todesfälle	T < (EW)	15,10%	596	3.948	119	42	7	16,81%	17,71%
02.25	Linksherzinsuffizienz nicht näher bezeichnetes NYHA-Stadium, Todesfälle	T < (EW)	3,51%	2	57	8	6		10,71%	6,67%
02.31	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium I	V	2,63%	244	9.267	130	24		2,96%	2,68%
02.32	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium II	V	15,99%	1.482	9.267	130	24		15,24%	15,64%
02.33	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium III	V	38,16%	3.536	9.267	130	24		38,30%	39,54%
02.34	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium IV	V	42,60%	3.948	9.267	130	24		43,12%	41,50%
02.35	Linksherzinsuffizienz, nicht näher bezeichnetes NYHA-Stadium	V	0,62%	57	9.267	130	24		0,38%	0,64%



## A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter</b>										
03.10	Linksherzkatheter mit Koronardiagnostik/-intervention			54.505	67	23		55.685	52.082	
03.20	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Todesfälle	T < (EW)	3,32%	300	9.098	46	14	5	3,34%	3,28%
03.21	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 20-44, Todesfälle	T < (EW)	0,26%	1	378	31	14	1	1,78%	0,77%
03.22	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 45-64, Todesfälle	T < (EW)	1,65%	62	3.750	42	12	3	1,69%	1,47%
03.23	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 65-84, Todesfälle	T < (EW)	4,44%	195	4.442	43	13	4	4,03%	4,31%
03.24	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter >= 85, Todesfälle	T < (EW)	7,95%	42	528	37	17	1	9,57%	9,76%
03.25	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt Zutransferierungen, Todesfälle	T	2,04%	34	1.715	30	9		1,60%	1,28%
03.30	Diagnostischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	T < (BD)	0,63%	188	29.881	64	26	3	0,68%	0,66%
03.31	Diagnostischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt) Zutransferierungen, Todesfälle	T	1,24%	16	1.295	33	14		1,45%	1,60%
03.40	Therapeutischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	T < (BD)	1,66%	226	13.568	53	17	2	1,46%	1,51%
03.41	Therapeutischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt) Zutransferierungen, Todesfälle	T	2,65%	17	642	31	14		2,96%	4,40%
03.51	Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, diagnostischer Katheter	V	68,76%	29.881	43.449	67	26		68,15%	68,08%
03.52	Linksherzkatheter bei Kindern und Jugendlichen	M			347	22	17		306	262
<b>04 - Herzrhythmusstörungen</b>										
04.10	Herzrhythmusstörungen	M			34.483	140	16		34.419	32.604
<b>05 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator (Implantationen oder Wechsel)</b>										
05.10	Schrittmacherversorgung insgesamt	M			10.323	81	15		10.439	9.936
05.11	Defibrillatoren ohne Resynchronisationsfunktion	M			1.295	48	16		1.296	1.357
05.12	Defibrillatoren mit Resynchronisationsfunktion	M			811	39	22		823	816
05.13	Herzschrittmacher Einkammersystem	M			1.560	72	31		1.742	1.634
05.14	Herzschrittmacher Zweikammersystem	M			6.180	78	16		6.131	5.760
05.15	Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie	M			507	35	22		479	391
<b>06 - Ablative Therapie</b>										
06.10	Kathetergestützte ablative Therapie	M			4.802	30	8		4.746	4.137
06.20	Chirurgische ablative Therapie	M			142	9	5		142	121
06.30	Komplette elektrophysiologische Abklärungen	M			4.424	28	7		3.973	3.415
<b>07 - Operationen am Herzen</b>										
07.10	Herzoperationen insgesamt	M			8.708	19	7		8.238	7.665
07.11	Klappenersatz	M			5.473	16	4		5.125	4.845
07.12	Bypass-Operation	M			3.186	12	3		3.067	2.860
07.13	Andere Operationen am Herzen	M			1.131	15	6		1.038	967

## A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
07.14	Kombinierte Herzoperationen			1.041	11	2		953	968	
07.15	Herzoperationen bei Kindern und Jugendlichen			523	7	4		498	472	
07.16	Herzoperationen, Todesfälle	3,57%	292	8.158	19	8		3,42%	3,50%	
07.20	Chirurgischer Aortenklappenersatz			1.581	10	1		1.477	1.529	
07.21	Chirurgischer Aortenklappenersatz (isoliert), Todesfälle	1,67%	13	778	10	1		1,34%	1,63%	
07.22	Chirurgischer Aortenklappenersatz mit Mitralklappenersatz, Todesfälle	7,55%	8	106	9	2		8,79%	8,79%	
07.23	Chirurgischer Aortenklappenersatz mit anderer Herz-OP, Todesfälle	6,31%	44	697	9			6,08%	5,76%	
07.31	Kathetergestützter Aortenklappenersatz, Todesfälle	2,14%	43	2.008	12	3		1,52%	2,30%	
07.32	Kathetergestützter Mitralklappenersatz, Todesfälle	5,63%	20	355	12	1		4,29%	3,60%	
07.41	Bypass-Operation bei Herzinfarkt, Todesfälle	6,73%	14	208	9	1		4,79%	12,03%	
07.50	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Todesfälle	1,37%	29	2.110	11	2		2,03%	1,87%	
07.51	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 20-49, Todesfälle	0,00%		73	9	5		5,00%	3,08%	
07.52	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 50-59, Todesfälle	0,24%	1	413	9		1	0,69%	0,24%	
07.53	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 60-69, Todesfälle	1,82%	15	826	9		1	1,07%	0,78%	
07.54	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 70-79, Todesfälle	1,45%	10	689	11	2		2,97%	2,89%	
07.55	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter >= 80, Todesfälle	2,75%	3	109	9	3		5,38%	6,87%	
07.61	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Beatmung > 2 Tage	28,96%	611	2.110	11	2		30,15%	27,00%	
07.62	Bypass-Operation, Herzinfarkt	8,97%	208	2.318	11	2		8,34%	7,78%	
07.63	Bypass-Operation mit anderen Herz-OP, Todesfälle	7,50%	65	866	10	1		6,77%	7,37%	
<b>08 - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhaut</b>										
08.10	Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhäute			3.530	110	64		3.711	3.632	
08.20	Operationen am Gehirn bei bösartiger Neubildung, Todesfälle	2,92%	18	616	13	1		1,82%	2,20%	
<b>09 - Schlaganfall</b>										
09.10	Schlaganfall, Todesfälle	9,57%	2.338	24.429	140	36	15	9,18%	9,14%	
09.11	Schlaganfall Alter 20-44, Todesfälle	4,49%	39	869	77	44	3	3,45%	4,20%	
09.12	Schlaganfall, Alter 45-64, Todesfälle	4,60%	254	5.522	117	66	6	4,17%	4,39%	
09.13	Schlaganfall, Alter 65-84, Todesfälle	8,95%	1.227	13.715	135	45	10	8,77%	8,67%	
09.14	Schlaganfall, Alter >= 85, Todesfälle	18,92%	818	4.323	121	60	5	17,70%	17,45%	
09.20	Hirnininfarkt, Todesfälle	6,74%	1.345	19.940	128	40	13	6,71%	6,31%	
09.21	Hirnininfarkt, Alter 20-44, Todesfälle	0,18%	1	548	58	34		0,68%	0,89%	
09.22	Hirnininfarkt, Alter 45-64, Todesfälle	1,99%	82	4.121	101	53	5	2,14%	1,78%	
09.23	Hirnininfarkt, Alter 65-84, Todesfälle	6,10%	704	11.548	124	47	9	6,00%	5,60%	
09.24	Hirnininfarkt, Alter >= 85, Todesfälle	14,98%	558	3.723	115	57	6	14,76%	14,20%	

A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022						A-IQI		
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
09.31	Hirnfarkt, systemische Thrombolyse	V	14,50%	2.891	19.940	128	40	13,73%	14,08%	
09.32	Hirnfarkt auf Stroke Unit, systemische Thrombolyse	V	22,00%	2.770	12.594	50	8	21,12%	21,91%	
09.33	Hirnfarkt mit systemischer Thrombolyse, Todesfälle	T	6,43%	186	2.891	54	16	6,70%	7,05%	
09.34	Hirnfarkt, intrakranielle Thrombektomie	V	6,08%	1.212	19.940	128	40	5,53%	4,68%	
09.35	Hirnfarkt mit intrakranieller Thrombektomie, Todesfälle	T	10,07%	122	1.212	16	3	9,98%	11,46%	
09.36	Hirnfarkt Direktaufnahmen, Todesfälle	T	6,76%	1.167	17.264	127	44	6,64%	6,42%	
09.37	Hirnfarkt Zutransferierungen, Todesfälle	T	6,65%	178	2.676	94	50	7,18%	5,59%	
09.40	Intrazerebrale Blutung, Todesfälle	T	27,68%	819	2.959	114	64	24,74%	26,06%	
09.50	Subarachnoidalblutung, Todesfälle	T	11,52%	173	1.502	111	70	12,63%	12,23%	
09.61	Schlaganfall, nicht näher bezeichneter Schlaganfall	V	0,11%	28	24.429	140	36	0,18%	0,09%	
09.62	Nicht näher bezeichneter Schlaganfall, Todesfälle	T	3,57%	1	28	9	8	11,90%	19,05%	
09.71	Modifizierte Rankin-Skala vor Insult, nicht erhebbar	V	6,23%	689	11.052	128	36	6,93%	10,10%	
09.72	Modifizierte Rankin-Skala, Vollständigkeit der Diagnosen	V	97,09%	10.834	11.159	130	38	96,98%	96,22%	
09.73	Modifizierte Rankin-Skala, Diagnose vorbehandelter Insult ohne Zutransfer	M			1.553	99	71	1.364	1.266	
09.74	Modifizierte Rankin-Skala, mittlere Veränderung	V	-0,30		-0,30	128	36	-0,28	-0,26	
09.80	Transitorisch ischämische Attacke (TIA), Todesfälle	T = (SE)	0,18%	11	6.075	118	50	10	0,25%	0,15%
<b>10 - Stroke Unit</b>										
10.10	Fälle mit Stroke Unit Behandlung	M			17.729	53	10	17.709	17.397	
10.11	Schlaganfall, mit Stroke Unit Behandlung	V	57,59%	14.069	24.429	140	36	57,58%	56,41%	
10.12	Hirnfarkt, mit Stroke Unit Behandlung	V	63,16%	12.594	19.940	128	40	62,53%	61,81%	
10.13	Transitorisch ischämische Attacke (TIA), mit Stroke Unit Behandlung	V	40,63%	2.468	6.075	118	50	40,78%	41,30%	
10.21	Hirnfarkt/TIA Direktaufnahmen, mit Stroke Unit Behandlung	V	60,44%	14.045	23.238	133	41	59,55%	59,49%	
10.22	Hirnfarkt/TIA Zutransferierungen, mit Stroke Unit Behandlung	V	36,62%	1.017	2.777	98	54	36,01%	31,66%	
10.30	Stroke Unit, Nicht-Schlaganfälle auf Stroke Unit	V	20,50%	4.809	23.453	54	10	20,65%	19,75%	
<b>11 - Epilepsie</b>										
11.10	Epilepsie, Alter > 19	M			9.172	130	53	9.277	8.986	
11.20	Epilepsie, Alter < 20	M			3.678	66	28	3.717	3.502	
<b>12 - Multiple Sklerose</b>										
12.10	Multiple Sklerose	M			2.840	114	71	2.981	2.948	

A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>13 - Lungenentzündung (Pneumonie)</b>										
13.10	Pneumonie insgesamt, Todesfälle	T < (EW)	14,77%	6.420	43.466	154	13	28	15,58%	14,64%
13.11	Pneumonie ambulant erworben (community-acquired), Todesfälle	T < (EW)	14,11%	5.580	39.555	154	20	19	15,12%	14,26%
13.12	Pneumonie stationär erworben (hospital-acquired), Todesfälle	T < (EW)	21,59%	861	3.989	129	42	12	21,35%	19,47%
13.13	Pneumonie, ambulant erworben	V	91,00%	39.555	43.466	154	13		92,36%	92,58%
13.14	Pneumonie, stationär erworben	V	9,18%	3.989	43.466	154	13		7,80%	7,57%
13.15	Pneumonie stationär erworben (hospital-acquired, ohne Zutransfer), Beatmung > 2 Tage	V	19,43%	699	3.599	125	45		19,38%	20,27%
13.20	Pneumonie (Hauptdiagnose), Todesfälle	T < (EW)	13,52%	3.821	28.270	143	19	14	13,82%	12,47%
13.21	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter < 20, Todesfälle	T < (EW)	0,39%	7	1.809	57	17	1	0,33%	0,41%
13.22	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter 20-44, Todesfälle	T < (EW)	2,33%	27	1.157	110	69	3	2,85%	2,14%
13.23	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter 45-64, Todesfälle	T < (EW)	6,18%	244	3.951	124	26	8	6,38%	5,41%
13.24	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter 65-84, Todesfälle	T < (EW)	13,10%	1.826	13.936	138	19	11	14,26%	12,31%
13.25	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter >= 85, Todesfälle	T < (EW)	23,15%	1.717	7.417	131	23	8	22,23%	20,47%
13.30	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter > 19, Todesfälle	T < (EW)	11,92%	2.519	21.133	140	23	15	12,12%	11,06%
13.31	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter 20-44, Todesfälle	T < (EW)	1,69%	17	1.004	108	72	3	1,75%	1,27%
13.32	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter 45-64, Todesfälle	T < (EW)	3,84%	121	3.155	120	29	5	4,47%	4,20%
13.33	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter 65-84, Todesfälle	T < (EW)	10,60%	1.159	10.938	136	23	9	11,31%	9,86%
13.34	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter >=85, Todesfälle	T < (EW)	20,25%	1.222	6.036	129	23	8	19,54%	18,45%
13.40	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter < 20, Todesfälle	T	0,38%	6	1.560	55	15		0,08%	0,42%
13.50	Aspirationspneumonie (Hauptdiagnose), Todesfälle	T	32,67%	852	2.608	118	42		30,84%	30,74%
13.60	Bronchitis/Bronchiolitis (HD, o. Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Todesfälle	T < (EW)	1,34%	23	1.718	118	54	4	1,70%	1,41%
<b>14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)</b>										
14.10	COPD, Todesfälle	T < (EW)	5,17%	606	11.727	133	16	10	4,71%	4,40%
14.11	COPD mit FEV 1 >=70%, Todesfälle	T < (EW)	3,41%	31	909	103	69	3	5,94%	3,23%
14.12	COPD mit FEV 1 >=50% und <70%, Todesfälle	T < (EW)	2,08%	50	2.399	125	50	6	1,98%	1,52%
14.13	COPD mit FEV 1 >=35% und <50%, Todesfälle	T < (EW)	3,35%	116	3.464	124	33	5	3,10%	2,81%
14.14	COPD mit FEV 1 <35%, Todesfälle	T < (EW)	8,28%	406	4.904	127	40	6	6,90%	7,10%
14.15	Nicht näher bezeichnetes FEV 1, Todesfälle	T < (EW)	5,88%	3	51	24	23		3,57%	4,08%
14.21	COPD, FEV 1 >=70%	V	7,75%	909	11.727	133	16		7,07%	7,17%
14.22	COPD, FEV 1 >=50% und <70%	V	20,46%	2.399	11.727	133	16		19,80%	20,36%
14.23	COPD, FEV 1 >=35% und <50%	V	29,54%	3.464	11.727	133	16		29,79%	29,66%
14.24	COPD, FEV 1 <35%	V	41,82%	4.904	11.727	133	16		42,82%	42,39%
14.25	COPD, FEV 1 nicht näher bezeichnet	V < (BD)	0,43%	51	11.727	133	16	10	0,52%	0,42%

A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>15 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)</b>										
15.10	Resektionen von Lunge/Bronchien, Todesfälle	T	1,50%	36	2.472	35	16		1,69%	1,64%
15.21	Resektionen von Lunge/Bronchien (Bronchialkarzinom), Todesfälle	T	1,15%	14	1.219	23	8		1,28%	1,42%
15.22	Resektionen von Lunge/Bronchien (Bronchialkarzinom), abnorme Verläufe	K < (BD)	3,61%	44	1.219	23	8	2	3,84%	4,77%
15.23	Resektionen von Lunge/Bronchien (Bronchialkarzinom), Pneumektomien	O < (BD)	3,94%	48	1.219	23	8	1	4,88%	5,70%
15.31	Pneumektomien (Bronchialkarzinom), Todesfälle	T	4,17%	2	48	12	12		6,56%	5,88%
15.32	Teilresektionen (inkl. Lobektomie, Bronchialkarzinom), Todesfälle	T < (BD)	1,02%	12	1.171	23	8	1	1,01%	1,15%
15.33	Teilresektionen (inkl. Lobektomie, Bronchialkarzinom), Lobektomien	V	76,69%	898	1.171	23	8		75,93%	79,93%
15.34	Teilresektionen der Lunge (ohne Lobektomie, Bronchialkarzinom), Todesfälle	T < (BD)	0,37%	1	273	23	12	1	1,75%	1,33%
15.35	Lobektomien (Bronchialkarzinom), Todesfälle	T < (BD)	1,22%	11	898	18	6		0,78%	1,11%
15.41	Resektionen von Lunge/Bronchien (sek. bösartige Neubildung), Todesfälle	T	0,00%		296	24	14		0,70%	0,00%
15.42	Resektionen von Lunge/Bronchien (entzündliche Erkrankung), Todesfälle	T	5,88%	13	237	23	15		6,25%	5,20%
15.50	Pleurektomien, Todesfälle	T	3,52%	19	540	35	28		6,03%	4,72%
15.51	Pleurektomien (maligne Erkrankungen), Todesfälle	T	7,45%	7	94	19	16		12,20%	3,96%
15.60	Pleuraempyem (ohne Wegtransferierungen), operative Versorgung	V	37,72%	298	790	100	84		39,34%	47,75%
<b>16 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen/Cholezystitis (Cholezystektomie)</b>										
16.10	Cholezystektomien, offene OP	O < (BD)	4,89%	741	15.148	121	12	17	5,78%	6,50%
16.20	Cholezystektomien, Todesfälle	T < (BD)	0,36%	55	15.148	121	12	7	0,32%	0,40%
16.30	Cholezystektomien, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	0,83%	126	15.148	121	12	6	0,89%	1,24%
16.40	Laparoskopische Cholezystektomien, Todesfälle	T = (SE)	0,22%	31	14.407	120	11	24	0,12%	0,22%
16.50	Laparoskopische Cholezystektomien, Intensiv (>= 2 Nächte)	I < (BD)	1,53%	221	14.407	120	11	13	1,41%	1,77%
16.60	Laparoskopische Cholezystektomien, Umsteiger	K < (BD)	1,37%	200	14.607	120	11	13	1,32%	1,61%
16.70	Laparoskopische Cholezystektomien, ERCP nach OP-Tag	K < (BD)	1,69%	244	14.407	120	11	5	1,34%	1,37%
<b>17 - Operationen von Hernien</b>										
17.10	Hernien-Operationen, offene OP	O	63,79%	17.990	28.201	125	5		64,07%	65,08%
17.11	OP von Inguinal- und Femoralhernien, offene OP	O	43,87%	8.484	19.341	122	4		45,08%	46,61%
17.12	OP von Narbenhernien, offene OP	O	88,95%	2.698	3.033	117	27		88,61%	88,35%
17.20	Hernien-Operationen, Todesfälle	T = (SE)	0,05%	13	28.201	125	5	12	0,07%	0,08%
17.21	OP von Inguinal- und Femoralhernien, Todesfälle	T	0,03%	6	19.341	122	4		0,02%	0,05%
17.22	OP von Narbenhernien, Todesfälle	T	0,13%	4	3.033	117	27		0,32%	0,25%
17.30	Hernien-Operationen, Intensiv (>= 2 Nächte)	I < (BD)	0,58%	163	28.201	125	5	7	0,50%	0,53%
17.31	OP von Inguinal- und Femoralhernien, Intensiv (>= 2 Nächte)	I	0,22%	43	19.341	122	4		0,19%	0,27%
17.32	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Intensiv (>= 2 Nächte)	I	3,20%	97	3.033	117	27		2,75%	2,51%
17.40	Hernien-Operationen bei Kindern	M			808	43	29		805	749
17.50	Hernien-Operationen mit Darmoperation, Todesfälle	T	5,17%	12	232	80	78		6,13%	5,45%

A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)</b>										
18.10	Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn			9.664	151	34		10,174	10,050	
18.21	Kolorektale Resektionen, Todesfälle	T < (BD)	5,67%	466	8.211	117	22	9	6,04%	6,48%
18.22	Kolorektale Resektionen, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	13,59%	1.115	8.211	117	22	10	14,07%	14,66%
18.31	Kolonresektionen bei Karzinom, Todesfälle	T < (BD)	3,13%	75	2.398	104	29	8	3,36%	3,79%
18.32	Kolonresektionen bei Karzinom, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	8,84%	211	2.398	104	29	4	9,65%	9,55%
18.33	Kolonresektionen bei Karzinom (komplizierende Diagnose), Todesfälle	T	10,86%	29	267	75	71		12,67%	14,79%
18.34	Kolonresektionen bei Karzinom, UICC I	V	25,88%	619	2.392	105	26		27,37%	26,27%
18.35	Kolonresektionen bei Karzinom, UICC II	V	31,52%	754	2.392	105	26		31,54%	32,92%
18.36	Kolonresektionen bei Karzinom, UICC III	V	27,84%	666	2.392	105	26		26,61%	26,59%
18.37	Kolonresektionen bei Karzinom, UICC IV	V	16,05%	384	2.392	105	26		16,23%	15,68%
18.41	Rektumresektionen bei Karzinom, Todesfälle	T < (BD)	2,29%	21	917	79	45	4	2,07%	1,55%
18.42	Rektumresektionen bei Karzinom, Rektumexstirpation	O	22,46%	206	917	79	45		22,22%	21,35%
18.43	Rektumresektionen bei Karzinom, UICC I	V	26,66%	265	994	80	44		27,91%	30,34%
18.44	Rektumresektionen bei Karzinom, UICC II	V	27,97%	278	994	80	44		27,19%	30,66%
18.45	Rektumresektionen bei Karzinom, UICC III	V	33,40%	332	994	80	44		31,62%	27,53%
18.46	Rektumresektionen bei Karzinom, UICC IV	V	12,47%	124	994	80	44		13,29%	11,68%
18.51	Kolorektale Resektionen bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle	T < (BD)	0,00%		828	95	63		0,35%	0,79%
18.52	Kolorektale Resektionen bei Divertikel mit Abszess/Perforation, Todesfälle	T	5,59%	49	877	93	50		6,03%	5,70%
18.53	Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Todesfälle	T	36,42%	63	173	61	59		42,50%	40,58%
18.54	Kolorektale Resektionen bei Colitis oder Crohn, Todesfälle	T	2,31%	9	390	73	62		1,75%	1,73%
18.55	Kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose, Todesfälle	T	9,32%	220	2.361	111	43		9,30%	10,15%
18.60	Appendektomien, Intensiv (>= 2 Nächte)	I < (BD)	1,45%	145	9.987	109	16	10	1,48%	1,46%
<b>19 - Magenoperationen</b>										
19.10	Ulcus von Magen, Duodenum oder Jejunum, Todesfälle	T	4,11%	139	3.385	127	35		4,39%	4,67%
19.20	Magenresektionen insgesamt	M			1.253	93	49		1,276	1,336
19.21	Magenresektionen bei Magenkarzinom, Todesfälle	T	4,25%	25	588	81	61		4,84%	4,35%
19.22	Magenresektionen bei Magenkarzinom, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	10,88%	64	588	81	61	2	11,92%	10,51%
19.23	Magenresektionen mit Eingriff am Ösophagus, Todesfälle	T	4,17%	1	24	11	11		3,45%	16,28%
19.24	Partielle und totale Magenresektionen bei anderer Diagnose, Todesfälle	T	9,67%	62	641	83	61		10,33%	12,69%
19.30	Adipositas-Chirurgie, Todesfälle	T = (SE)	0,04%	1	2.443	39	4	1	0,04%	0,20%
19.31	Adipositas-Chirurgie, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	2,42%	59	2.443	39	4	4	2,79%	3,47%

## A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>20 - Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus)</b>										
20.10	Ösophaguschirurgie, Todesfälle	T	1,97%	7	354	31	21		4,46%	3,60%
21.11	Pankreasresektionen bei Pankreaskarzinom, Todesfälle	T	5,31%	38	715	45	19		5,42%	6,02%
21.12	Andere lokale oder kleinere Eingriffe am Pankreas, Todesfälle	T	8,77%	10	114	38	35		16,24%	8,90%
<b>21 - Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber</b>										
21.10	Pankreaseingriffe insgesamt, Todesfälle	T	6,47%	70	1.097	58	29		7,71%	6,84%
21.21	Anatomische Leberresektionen, Todesfälle	T	2,38%	14	588	41	20		3,90%	3,06%
<b>22 - Eingriffe an der Schilddrüse</b>										
22.10	Schilddrüsenresektionen, Todesfälle	T = (SE)	0,08%	5	6.657	83	14	4	0,18%	0,06%
22.11	Schilddrüsenresektionen bei bösartiger Neubildung, Todesfälle	T	0,21%	2	935	65	38		0,32%	0,12%
22.12	Schilddrüsenresektionen bei gutartiger Neubildung, Todesfälle	T	0,04%	2	5.670	83	14		0,11%	0,05%
22.20	Schilddrüsenresektionen, Beatmung > 1 Tag	K	1,04%	69	6.657	83	14		1,04%	0,88%
22.30	Schilddrüsenresektionen, Intensiv (>= 2 Nächte)	I < (BD)	0,83%	55	6.657	83	14	6	0,97%	0,59%
22.40	Radiojodtherapien	M			1.150	10	3		1.188	1.144
<b>23 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien</b>										
23.10	Carotis-OP, Todesfälle	T < (BD)	0,93%	22	2.352	39	6	3	0,56%	0,74%
23.20	Carotis-Stent, Todesfälle	T < (BD)	2,10%	7	333	30	20	2	1,92%	1,95%
23.30	Carotis-OP bei Herz-/Gefäßoperation, Trauma oder HNO-Tumor	M			197	18	10		205	179
23.40	Intrakranielle Gefäßinterventionen	M			1.539	18	5		1.382	1.197
<b>24 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)</b>										
24.10	Eingriffe an der Aorta insgesamt	M			2.365	41	17		2.211	2.034
24.20	Aortenaneurysma offene und endovaskuläre Eingriffe (nicht rupturiert), Todesfälle	T < (BD)	2,58%	36	1.393	32	12	1	2,85%	2,64%
24.21	Abdominales Aortenaneurysma offene Eingriffe (nicht rupturiert), Todesfälle	T < (BD)	3,30%	7	212	21	13		2,97%	5,69%
24.22	Abdominales Aortenaneurysma endovaskuläre Eingriffe (nicht rupturiert), Todesfälle	T < (BD)	1,58%	9	568	31	13	1	2,00%	1,47%
24.23	Thorakales Aortenaneurysma offene und endovaskuläre Eingriffe (nicht rupturiert), Todesfälle	T < (BD)	3,32%	24	722	19	7	1	3,34%	2,56%
24.30	Aortendissektion, Todesfälle	T	13,82%	132	955	109	88		13,19%	12,57%
24.40	Aortenaneurysma rupturiert, Todesfälle	T	32,20%	142	441	80	68		29,10%	31,44%
24.41	Aortenaneurysma rupturiert mit Operation, Todesfälle	T	28,57%	50	175	20	16		19,18%	26,21%
<b>25 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien</b>										
25.11	Operationen der Becken-/Beinarterien, Todesfälle	T < (BD)	3,77%	141	3.762	57	13	3	2,86%	3,52%
25.12	Operationen der Becken-/Beinarterien, Amputation untere Extremität	V	4,15%	156	3.762	57	13		4,22%	3,44%

## A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>26 - Amputationen</b>										
26.10	Amputationen im Fußbereich (kein Trauma), Todesfälle	T	2,28%	64	2.812	125	52		2,28%	2,36%
26.21	Amputationen untere Extremität (kein Trauma), Todesfälle	T < (BD)	11,70%	190	1.624	107	63		14,00%	12,27%
26.22	Amputationen untere Extremität (kein Trauma), Becken-Bein-OP oder PTA	V	17,98%	292	1.624	107	63		19,48%	16,26%
<b>27 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA)</b>										
27.10	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent), Todesfälle	T < (BD)	1,32%	146	11.100	70	16	6	1,26%	1,58%
27.11	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent), Becken-Bein-OP	V	7,90%	877	11.100	70	16		8,33%	7,59%
27.12	PTA der Viszeral- u. Beingefäße (PTA und Stent), Amputation untere Extremität	V	1,79%	199	11.100	70	16		1,89%	1,66%
<b>28 - Geburten</b>										
28.10	Geburten, Todesfälle der Mutter	T = (SE)	0,00%		80.752	81	2		0,00%	0,00%
28.20	Vaginale Geburten, Dammriss 3. und 4. Grades	K	2,32%	1.279	55.069	80	1		2,23%	2,23%
28.30	Sectiorate	O < (BD)	31,81%	25.689	80.752	81	2	25	31,11%	30,30%
28.31	Sectiorate Alter < 35	O	29,36%	17.956	61.154	80	1		28,48%	27,94%
28.32	Sectiorate Alter >= 35	O	39,46%	7.733	19.598	80	1		39,15%	37,94%
28.33	Sectiorate bis 28 vollendete SSW	O	57,91%	271	468	42	32		57,64%	60,04%
28.34	Sectiorate ab 29 vollendete SSW	O	31,66%	25.418	80.284	81	2		30,95%	30,12%
<b>29 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)</b>										
29.11	Hysterektomien, Todesfälle	T = (SE)	0,01%	1	7.227	89	3	1	0,04%	0,02%
29.12	Hysterektomien, abnorme Verläufe	K < (BD)	0,42%	30	7.227	89	3	7	0,50%	0,55%
29.21	Hysterektomien, abdominale OP	O < (BD)	15,30%	1.106	7.227	89	3	22	15,41%	14,41%
29.22	Hysterektomien, laparoskopische OP	O	44,13%	3.189	7.227	89	3		43,61%	43,71%
29.23	Hysterektomien, vaginale OP	O	40,60%	2.934	7.227	89	3		40,99%	41,89%
29.24	Hysterektomien (ohne suprazervikale OP), abdominale OP	O < (BD)	17,76%	1.105	6.221	89	6	20	17,56%	16,58%
29.25	Hysterektomien (ohne Plastik), abdominale OP	O < (BD)	22,05%	1.069	4.849	89	5	20	21,23%	19,68%
29.30	Hysterektomien, präoperative Verweildauer	V	0,74		0,74	89	3		0,00%	0,00%
<b>30 - Entfernung von Ovarien und/oder Gebärmutter bei bösartiger Neubildung</b>										
30.10	Ovariectomien bei Ovarialkarzinom, Todesfälle	T	0,95%	5	525	67	49		0,71%	0,90%
30.20	Hysterektomien bei Uteruskarzinom, Todesfälle	T	0,22%	3	1.392	85	39		0,21%	0,37%
<b>31 - Eingriffe an der Brust</b>										
31.10	Eingriffe an der Brust (Mammaresektionen und -plastiken)	M			15.476	108	27		15,700	14,185
31.11	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, nicht-brusterhaltende OP	O	23,29%	1.890	8.119	77	6		23,71%	25,68%



## A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>32 - Eingriffe am Beckenboden</b>										
32.10	Suspensionsoperationen und Plastiken im Bereich des Beckenbodens insgesamt			4.109	90	9		3.651	3.095	
32.11	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Genitalprolaps			3.942	90	10		3.476	2.959	
32.12	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Inkontinenz			97	32	30		85	78	
32.13	Suspensionsoperationen und Plastiken bei anderer Diagnose			70	29	28		90	58	
<b>33 - Hüftgelenkersatz</b>										
33.10	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, Todesfälle	T = (SE)	0,05%	9	18.266	111	7	9	0,04%	0,05%
33.20	Hüftendoprothesen bei hüftgelenknaher Fraktur, Todesfälle	T	3,92%	201	5.122	105	28		4,20%	3,91%
33.30	Hüftendoprothesen andere, Todesfälle	T	5,41%	62	1.146	109	67		5,54%	6,49%
33.40	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, abnorme Verläufe	K < (BD)	0,89%	163	18.266	111	7	13	0,95%	1,10%
<b>34 - Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese</b>										
34.10	Hüftendoprothesen-Revisionen, Todesfälle	T = (SE)	3,72%	93	2.501	106	40	43	3,16%	3,09%
34.11	Hüftendoprothesen-Wechsel (ohne Fraktur oder Infektion), Todesfälle	T	0,82%	9	1.103	93	56		0,94%	1,04%
34.12	Hüftendoprothesen-Wechsel (wegen Fraktur oder Infektion), Todesfälle	T	4,26%	38	890	96	61		4,11%	3,87%
34.21	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V	25,13%	628	2.501	106	40		23,75%	23,32%
34.22	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Luxation	V	11,27%	281	2.501	106	40		10,29%	11,53%
34.23	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Bruch	V	2,40%	60	2.501	106	40		2,96%	3,05%
34.24	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Lockerung	V	26,49%	662	2.501	106	40		28,19%	29,75%
34.25	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Periprothetische Fraktur	V	20,58%	515	2.501	106	40		19,26%	16,88%
34.26	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Materialabrieb	V	5,95%	149	2.501	106	40		6,65%	7,19%
34.27	Hüftendoprothesen-Revisionen, nicht näher bezeichneter Revisionsgrund	V	2,52%	63	2.501	106	40		3,12%	3,13%
<b>35 - Kniegelenkersatz</b>										
35.10	Knieendoprothesen bei Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Todesfälle	T = (SE)	0,02%	4	18.925	107	6	4	0,03%	0,02%
35.20	Knieendoprothesen andere, Todesfälle	T = (SE)	0,21%	2	934	94	67	2	0,27%	0,76%
<b>36 - Wechsel einer Kniegelenkendoprothese</b>										
36.10	Knieendoprothesen-Revisionen, Todesfälle	T = (SE)	0,92%	18	1.954	100	41	14	1,25%	0,81%
36.11	Knieendoprothesen-Wechsel (ohne Fraktur oder Infektion), Todesfälle	T	0,00%		1.010	89	57		0,42%	0,21%
36.12	Knieendoprothesen-Wechsel (wegen Fraktur oder Infektion), Todesfälle	T	2,02%	11	544	89	71		1,74%	1,54%
36.21	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V	29,31%	572	1.954	100	41		33,51%	33,13%
36.22	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Luxation	V	7,52%	147	1.954	100	41		6,06%	6,89%
36.23	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Bruch	V	3,27%	64	1.954	100	41		2,77%	2,06%
36.24	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Lockerung	V	22,97%	449	1.954	100	41		23,84%	23,92%

## A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
	Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020
36.25			5,88%	115	1.954	100	41		6,27%	7,54%
36.26			5,52%	108	1.954	100	41		4,29%	5,86%
36.27			6,50%	127	1.954	100	41		6,01%	6,45%
<b>37 - Hüft- oder Kniegelenkersatz Spezialfälle</b>										
37.10			5,58%	31	556	74	53		6,14%	6,34%
37.20			4,55%	1	22	14	14		4,00%	0,00%
<b>38 - Hüftgelenknahe Frakturen</b>										
38.10			3,60%	420	11.653	108	28	3	3,95%	3,36%
38.11			0,74%	7	946	81	42	3	0,67%	0,34%
38.12			0,91%	12	1.320	90	40	3	0,76%	0,36%
38.13			1,66%	44	2.655	94	22	3	1,95%	2,05%
38.14			3,48%	88	2.526	96	29	5	3,64%	2,84%
38.15			4,47%	93	2.079	89	22	3	5,11%	4,40%
38.16			8,27%	176	2.127	86	23	3	8,47%	7,09%
38.21			77,38%	9.017	11.653	108	28	15	77,19%	78,33%
38.22			4,00%	466	11.653	108	28	12	3,90%	4,33%
38.30			3,42%	218	6.379	107	30	4	3,68%	3,30%
38.41			67,63%	5.038	7.449	129	37		68,65%	66,19%
38.42			3,87%	195	5.038	105	28		4,21%	3,89%
38.43			18,00%	1.341	7.449	129	37		17,19%	18,79%
38.44			1,72%	23	1.341	85	38		1,57%	1,25%
38.50			71,45%	4.558	6.379	107	30	15	71,19%	72,52%
38.60			3,83%	202	5.274	91	16	6	4,27%	3,43%
38.71			1,19%	76	6.378	122	33		0,97%	1,63%
38.72			7,89%	6	76	35	35		3,45%	5,05%
38.73			81,50%	5.198	6.378	122	33		82,01%	82,70%
38.74			3,77%	196	5.198	91	16		4,28%	3,39%
38.80			83,64%	4.411	5.274	91	16	14	83,22%	84,20%
38.91			7,35%	115	1.565	115	67		6,65%	7,47%
38.92			1,48%	9	609	69	53		1,25%	1,48%
38.93			5,90%	95	1.609	103	47		5,64%	5,27%

## A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>39 - Operationen der Wirbelsäule und des Rückenmarks</b>										
39.10	Operationen an Wirbelsäule und Rückenmark insgesamt			20.835	93	17		20.042	18.686	
39.11	Operationen an Wirbelsäule und Rückenmark, Todesfälle		0,49%	103	20.834	93	17	0,44%	0,41%	
39.12	Operationen an Wirbelsäule und RM (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle	T = (SE)	0,16%	28	17.822	77	18	17	0,16%	0,08%
39.13	Operationen am Rückenmark/Spinalkanal			701	41	26		673	689	
39.21	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Tumor, Todesfälle		5,79%	14	242	38	32	7,89%	5,29%	
39.22	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Trauma, Todesfälle		2,39%	46	1.927	66	27	1,72%	2,61%	
39.23	Wirbelsäulen-OP bei Diszitis oder Osteomyelitis, Todesfälle		5,13%	10	195	35	29	6,51%	3,28%	
39.24	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle		0,64%	3	468	37	26	0,49%	0,29%	
39.31	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 1 WK (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle		0,10%	4	3.888	61	15	0,18%	0,05%	
39.32	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 2 WK (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle		0,26%	2	782	37	16	0,00%	0,00%	
39.33	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, ab 3 WK (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle		0,00%		202	31	23	0,00%	0,00%	
39.41	Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle		0,00%		1.292	34	21	0,00%	0,00%	
39.42	Alleinige Dekompression der Wirbelsäule, Todesfälle		0,07%	7	10.209	62	12	0,08%	0,02%	
39.43	Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, kompl. WS-OP), Todesfälle		0,11%	1	892	65	36	0,00%	0,12%	
39.50	Anderer OP an Wirbelsäule und Rückenmark, Todesfälle		2,00%	20	999	65	41	1,61%	0,90%	
<b>40 - Weitere Eingriffe am Bewegungsapparat inkl. Endoprothetik</b>										
40.10	Endoprothese am Schulter-/Ellenbogengelenk				2.554	94	17		2.306	2.113
<b>41 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)</b>										
41.10	Nephrektomien bei Nierentumor, Todesfälle	T < (BD)	1,24%	10	804	47	20	2	0,88%	0,51%
41.20	Nephrektomien bei Nierentumor, offene OP	O	29,98%	241	804	47	20		32,70%	33,16%
41.30	Partielle Nephrektomien bei Nierentumor, Todesfälle	T = (SE)	0,23%	2	855	48	21	2	0,00%	0,24%
41.40	Partielle Nephrektomien bei Nierentumor, offene OP	O	39,42%	337	855	48	21		40,55%	40,99%
41.50	Nephrektomien u. partielle Nephrektomien bei Nierentumor, totale Nephrektomien	O	48,46%	804	1.659	52	19		46,76%	48,51%
41.60	Nephrektomien bei anderer Diagnose, Todesfälle	T	3,95%	14	354	46	35		4,23%	3,31%
41.70	Partielle Nephrektomien bei anderer Diagnose, Todesfälle	T	0,40%	1	252	43	36		0,00%	0,00%
41.80	Nephrektomien und partielle Nephrektomien, abnorme Verläufe	K < (BD)	4,86%	110	2.265	58	22	1	5,41%	4,78%
<b>42 - Eingriffe an der Harnblase</b>										
42.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Todesfälle	T < (BD)	0,42%	39	9.222	67	16	3	0,50%	0,38%
42.11	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase bei Malignom	M			8.058	65	14		7.932	7.568
42.12	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, abnorme Verläufe	K < (BD)	0,95%	88	9.222	67	16	1	1,03%	0,86%
42.20	Zystektomien, Todesfälle	T < (BD)	3,11%	14	445	33	15	1	3,20%	3,46%
42.30	Zystektomien, abnorme Verläufe	K < (BD)	13,56%	61	445	33	15		16,63%	14,26%

A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>43 - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)</b>										
43.10	TUR der Prostata, Todesfälle	T = (SE)	0,13%	9	6.845	59	7	7	0,10%	0,19%
43.20	TUR der Prostata bei bösartiger Erkrankung, Todesfälle	T	0,61%	6	987	52	18		0,50%	0,70%
43.30	TUR der Prostata bei gutartiger Erkrankung, Todesfälle	T	0,05%	3	5.858	59	8		0,04%	0,10%
43.40	TUR der Prostata, abnorme Verläufe	K < (BD)	0,41%	28	6.845	59	7	3	0,31%	0,26%
<b>44 - Radikalentfernung der Prostata</b>										
44.10	Radikale Prostatovesikulektomien, Todesfälle	T = (SE)	0,06%	2	3.509	48	7	2	0,00%	0,03%
44.20	Radikale Prostatovesikulektomien, offene OP	O	26,25%	921	3.509	48	7		29,59%	35,47%
44.30	Radikale Prostatovesikulektomien, abnorme Verläufe	K < (BD)	0,88%	31	3.509	48	7	2	0,84%	1,19%
<b>45 - Nierensteine</b>										
45.10	Nierensteine	M			18.048	121	38		18.543	17.686
45.20	Nierensteine, Interventionen zur Steinentfernung	V	46,40%	8.374	18.047	121	38		47,72%	47,90%
<b>46 - Hautkrankheiten</b>										
46.10	Dermatitis und Ekzem	M			1.314	115	94		1.494	1.621
46.20	Psoriasis	M			362	66	52		411	416
<b>47 - Intensivbetreuung und Beatmung (Alter &gt; 14)</b>										
47.10	Intensivaufenthalte, Todesfälle	T < (BD)	13,35%	7.865	58.901	116	8	34	14,69%	14,07%
47.11	Intensivaufenthalte (SAPS 3 <= 36), Todesfälle	T < (BD)	0,53%	68	12.912	107	13	7	0,57%	0,47%
47.12	Intensivaufenthalte (SAPS 3 37-45), Todesfälle	T < (BD)	2,74%	391	14.295	111	11	10	3,39%	2,73%
47.13	Intensivaufenthalte (SAPS 3 46-55), Todesfälle	T < (BD)	9,29%	1.286	13.844	114	14	19	10,62%	9,80%
47.14	Intensivaufenthalte (SAPS 3 > 55), Todesfälle	T < (BD)	34,28%	6.120	17.850	113	15	17	36,27%	35,37%
47.20	Beatmung > 2 Tage, Todesfälle	T < (BD)	24,74%	3.983	16.096	112	13	29	26,86%	25,83%
47.21	Beatmung > 2 Tage (SAPS 3 <= 44), Todesfälle	T < (BD)	5,75%	204	3.559	103	42	9	7,39%	5,97%
47.22	Beatmung > 2 Tage (SAPS 3 45-55), Todesfälle	T < (BD)	16,84%	695	4.125	107	23	11	19,03%	17,51%
47.23	Beatmung > 2 Tage (SAPS 3 56-67), Todesfälle	T < (BD)	28,26%	1.193	4.222	106	22	9	32,05%	29,63%
47.24	Beatmung > 2 Tage (SAPS 3 > 67), Todesfälle	T < (BD)	45,12%	1.891	4.190	101	27	9	48,69%	46,87%
47.31	Intensivaufenthalte, ungeplante Wiederaufnahmen auf Intensivseinheiten	K < (BD)	3,59%	2.112	58.901	116	8	12	3,75%	4,02%
47.32	Intensivaufenthalte, Todesfälle nach Intensivaufenthalt	T < (BD)	2,81%	1.655	58.901	116	8	28	2,93%	3,27%
47.33	Intensivaufenthalte, Wegtransferierungen	V	9,44%	5.562	58.901	116	8		10,33%	9,50%
47.34	Intensivaufenthalte, SAPS 3 <= 36	V	21,94%	12.912	58.901	116	8		20,50%	20,33%
47.35	Intensivaufenthalte, SAPS 3 37-45	V	24,27%	14.295	58.901	116	8		24,38%	24,56%
47.36	Intensivaufenthalte, SAPS 3 46-55	V	23,50%	13.844	58.901	116	8		24,34%	24,22%

A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							A-IQI	
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faelle	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
47.37	Intensivaufenthalte, SAPS 3 > 55	V	30,30%	17.850	58.901	116	8		30,77%	30,90%
47.41	Intensivaufenthalte auf E1, SAPS 3 Mittelwert	V	43,91			41	8		44,37	44,92
47.42	Intensivaufenthalte auf E2, SAPS 3 Mittelwert	V	49,74			83	9		49,97	50,08
47.43	Intensivaufenthalte auf E3, SAPS 3 Mittelwert	V	51,70			44	6		52,24	52,03
47.44	Intensivaufenthalte, Mittlere Verweildauer auf Intensivereinheit	V	4,82			116	8		5,46	4,97
47.50	Intensivaufenthalte (neurologische Diagnosen), Todesfälle (Ausschlüsse)	M			1.687	95	53		1.520	1.764
<b>48 - Transplantationen</b>										
48.10	Herz-Lungen-Transplantationen	M			0	0			0	0
48.20	Herztransplantationen	M			57	3	1		57	59
48.30	Lungentransplantationen	M			94	2	1		125	94
48.40	Lebertransplantationen	M			164	3			150	148
48.50	Pankreastransplantationen	M			19	2	1		12	20
48.60	Nierentransplantationen	M			327	4			297	351
48.70	Stammzelltransplantationen autolog	M			379	12	3		321	312
48.80	Stammzelltransplantationen allogene	M			257	5			272	235
<b>49 - Kurze Intensivverweildauer</b>										
49.10	Laparoskopische Cholezystektomien, Intensiv (< 2 Nächte)	I	1,62%	234	14.407	120	11		1,59%	1,62%
49.20	Hernien-Operationen, Intensiv (< 2 Nächte)	I	1,03%	290	28.201	125	5		1,07%	1,21%
49.30	Appendektomien, Intensiv (< 2 Nächte)	I	1,37%	137	9.987	109	16		1,19%	1,30%
49.40	Schilddrüsenresektionen, Intensiv (< 2 Nächte)	I	2,79%	186	6.657	83	14		3,08%	2,55%
<b>50 - Sentinel</b>										
50.10	Sentinel-Indikatoren gesamt, Todesfälle	T < (BD)	0,11%	229	217.373	156	13	12	0,10%	0,10%
50.20	Sentinel-Indikatoren ausgewählt, Wegtransferierungen	V < (BD)	0,27%	192	70.080	130	10	10	0,31%	0,37%
<b>51 - Transfusionen, Patient Blood Management</b>										
51.10	Alle Behandlungsfälle, Transfusionen	V	2,16%	44.645	2.066.593	169	2		2,14%	2,30%
51.11	Ausgewählte operative Leistungen mit hohem Transfusionsbedarf, Transfusionen	V > (BM)	24,80%	3.093	12.475	121	27	26	24,43%	26,41%
51.12	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, Transfusionen	K < (BM)	3,85%	703	18.266	111	7	2	4,19%	4,82%
51.13	Knieendoprothesen bei Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Transfusionen	K < (BM)	2,25%	425	18.925	107	6	8	2,51%	2,88%
51.21	Behandlungsfälle mit Transfusion, mind. 5 EK und Intensivaufenthalt	V	6,67%	2.964	44.476	146	15		6,66%	7,12%
51.22	Konservative Fälle mit Transfusion (mind. 5 EK und Intensivaufenthalt), Todesfälle	V	35,90%	191	532	77	59		37,98%	39,33%
51.23	Operative Fälle mit Transfusion (mind. 5 EK und Intensivaufenthalt), Todesfälle	V	27,31%	683	2.505	93	35		30,54%	27,22%

## A-IQI - Reguläre Qualitätsindikatoren (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022						A-IQI		
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Faele	KA auff.	Ö 2021	Ö 2020	
<b>52 - Wegtransferierungsraten</b>										
52.10	Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V	36,17%	5.311	14.683	124	28	37,56%	37,21%	
52.11	Herzinsuffizienz, Wegtransferierungen	V	4,14%	869	20.996	137	9	3,83%	4,22%	
52.12	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V	34,69%	3.052	8.798	46	14	34,91%	34,22%	
52.13	Diagnostischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V	5,26%	1.562	29.693	63	25	5,04%	5,09%	
52.14	Chirurgischer Aortenklappenersatz (isoliert), Wegtransferierungen	V	23,79%	182	765	10	1	19,32%	23,50%	
52.15	Bypass-Operation bei Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V	36,08%	70	194	9	1	34,64%	31,65%	
52.16	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V	27,01%	562	2.081	11	2	23,07%	22,89%	
52.17	Schlaganfall, Wegtransferierungen	V	22,41%	4.950	22.091	140	42	21,62%	23,34%	
52.18	Hirnininfarkt, Wegtransferierungen	V	20,57%	3.825	18.595	127	43	19,31%	20,88%	
52.19	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter > 19, Wegtransferierungen	V	4,32%	804	18.614	138	21	4,96%	4,93%	
52.20	COPD, Wegtransferierungen	V	4,76%	529	11.121	133	16	4,35%	4,42%	
52.21	Kolorektale Resektionen, Wegtransferierungen	V	3,87%	300	7.745	115	20	4,01%	4,54%	
52.22	Abd. Aortenaneurysma offene/endovask. Eingriffe (nicht rupturiert), Wegtransferierungen	V	3,93%	30	764	31	12	4,90%	5,23%	
52.23	Operationen der Becken-/Beinarterien, Wegtransferierungen	V	4,39%	159	3.621	57	13	5,52%	4,94%	
52.24	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, Wegtransferierungen	V	3,25%	594	18.257	111	7	3,63%	4,59%	
<b>53 - Mindestmengen</b>										
53.10	Ösophaguschirurgie	M > (BM)			217	19	10	10	232	263
53.20	Eingriffe am Pankreas	M > (BM)			1.024	49	21	21	1.012	1.029
53.30	Adipositas-Chirurgie	M > (BM)			2.429	39	4	12	2.519	2.006
53.40	Carotis - Thrombendarterektomie	M > (BM)			2.421	39	6	9	2.397	2.233
53.50	Leberchirurgie	M > (BM)			592	41	20	20	647	664
<b>54 - Zusatzinformationen</b>										
54.10	Gesamtsterblichkeit (ohne Psychiatrie)	Z	2,17%	43.350	1.996.253	166	2	2,18%	2,23%	
54.20	Anteil der Fälle in den A-IQI Indikatoren (ohne Psychiatrie)	Z	31,27%	624.179	1.996.253	166	2	31,30%	31,54%	
54.30	Anteil der dargestellten Todesfälle in den A-IQI Sterblichkeitsindikatoren (ohne Psychiatrie)	Z	46,69%	20.239	43.350	151	18	47,60%	47,47%	
54.40	Anteil der Todesfälle in allen A-IQI Krankheitsgruppen (ohne Psychiatrie)	Z	55,02%	23.848	43.350	151	18	55,45%	55,69%	
54.51	Sterblichkeit in den A-IQI Sterblichkeitsindikatoren (ohne Psychiatrie)	Z	4,18%	20.239	484.019	161	3	4,30%	4,34%	
54.52	Sterblichkeit nicht in den A-IQI Sterblichkeitsindikatoren (ohne Psychiatrie)	Z	2,57%	3.609	140.160	161	5	2,40%	2,57%	

## Anhang 2

---

Indikatorenergebnisse Zusatzauswertungen

A-IQI - Zusatzauswertung Augenheilkunde (Version 2023)		A-IQI 2023 (Ausgangsjahr 2021)							
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.
<b>01 - Katarakt</b>									
01.10	Katarakt-Operationen links	M		55.189		55.189	62	6	
01.20	Katarakt-Operationen rechts	M		55.512		55.512	61	5	
01.30	Katarakt-Operationen, traumatische Katarakt	V		0,11%	120	110.701	65	9	
01.40	Katarakt-Operationen, Vitrektomie	K	< (BD)	0,42%	451	107.945	62	6	5
01.41	Katarakt-Operationen, vordere Vitrektomie am selben Tag	K	< (BD)	0,26%	282	107.945	62	6	7
01.42	Katarakt-Operationen, Vitrektomie innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	0,16%	169	107.945	62	6	6
01.50	Katarakt-Operationen, Re-OP	K	< (BD)	0,46%	495	107.945	62	6	8
01.60	Katarakt-Operationen, Folgeaufenthalte auf einer Augenabteilung ohne operative Leistung	K	< (BD)	0,17%	182	107.945	62	6	4
<b>02 - Schiel-Operation</b>									
02.10	Schiel-Operationen bei Kindern	M		597		597	22	5	
02.20	Schiel-Operationen bei Erwachsenen	M		762		762	24	6	
02.30	Schiel-Operationen, Re-OP	K	< (BD)	0,61%	8	1.301	25	5	1
02.31	Schiel-Operationen, Re-OP (Kinder)	K	< (BD)	0,17%	1	578	22	5	1
02.32	Schiel-Operationen, Re-OP (Erwachsene)	K	< (BD)	0,97%	7	723	24	6	
<b>03 - Glaukom-Operation</b>									
03.10	Glaukom-Operationen	M		1.827		1.827	38	13	
03.20	Glaukom-Operationen, Re-OP	K	< (BD)	16,75%	228	1.361	38	16	3



### A-IQI - Zusatzauswertung Gynäkologie/Geburtshilfe (Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.
<b>02 - Ausstattung</b>									
<b>Betten</b>									
02.10	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 1)	M				171	28	25	
02.11	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 2)	M				490	66	57	
02.12	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 3)	M				732	33	12	
02.13	Erwachsenen Intensivüberwachungseinheit (IMCU)	M				580	81	66	
02.14	Kinder Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU)	M				215	16	8	
02.15	Kinder Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU)	M				323	35	29	
02.16	Neonatologie (NIMCU und NICU)	M				321	28	17	
02.17	Kinderchirurgie	M				228	7	1	
02.18	Kinder- und Jugendheilkunde	M				1.214	43	5	
<b>Aufenthalte</b>									
02.19	Neonatologie (NIMCU und NICU)	M				7.753	28		
02.20	Kinder Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU)	M				8.033	16		
02.21	Kinder Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU)	M				13.456	35		
<b>Neugeborene (Ausgangsjahr 2022)</b>									
<b>03 - Versorgung</b>									
<b>Geburten</b>									
03.10	Geburten	M				80.753	81	2	
03.11	Geburten, Todesfälle der Mutter	T	= (SE)	0,00%	0	80.753	81	2	
03.12	Geburten, Intensivaufenthalte der Mutter	I	< (BD)	0,51%	415	80.753	81	2	9
03.13	Geburten, Intensivaufenthalte der Mutter auf IMCU	I		0,15%	119	80.753	81	2	
03.14	Geburten, Intensivaufenthalte der Mutter auf ICU	I		0,37%	296	80.753	81	2	
03.15	Vaginale Geburten, Dammriss 3. und 4. Grades	K		2,32%	1.279	55.070	80	1	
03.16	Sectiorate	O	< (BD)	31,81%	25.689	80.753	81	2	25
03.17	Sectiorate Alter < 35	O		29,36%	17.956	61.154	80	1	
03.18	Sectiorate Alter >= 35	O		39,46%	7.733	19.599	80	1	
03.19	Sectiorate bis 28 vollendete SSW	O		57,91%	271	468	42	32	
03.20	Sectiorate ab 29 vollendete SSW	O		31,66%	25.418	80.285	81	2	
03.21	Mehrlingsgeburten	M				987	55	29	
03.22	Stationär aufgenommene Neugeborene	M				9.487	55	8	

A-IQI - Zusatzauswertung Gynäkologie/Geburtshilfe  
(Version 2023)

		A-IQI 2023 / Ö 2022							
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.
<b>Geburten nach Gestationsalter</b>									
03.23	Geburten mit Gestationsalter 23+0 bis 24+6	M	= (SE)	126		126	24	20	17
03.24	Geburten mit Gestationsalter 25+0 bis 35+6	M	= (SE)	3.035		3.035	73	34	37
03.25	Geburten, Wegtransferierungen des Kindes bei Gestationsalter bis 32 vollendete Schwangerschaften	M	< (BD)	2,37%	27	1.141	52	32	3
03.26	Stationär aufgenommene Neugeborene, Zuweisung von "externem Leistungserbringer"			9,49%	900	9.487	55	8	
<b>Gynäkologie (Ausgangsjahr 10/2021 - 09/2022)</b>									
<b>04 - Mammaresektionen</b>									
04.10	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Folgeresektion	K	< (BD)	9,86%	587	5.952	75	6	10
04.11	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Totalresektion	K	< (BD)	2,28%	136	5.952	75	6	7
04.12	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Teilresektion	K	< (BD)	7,58%	451	5.952	75	6	8

## A-IQI - Zusatzauswertung Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde (Version 2023)

		A-IQI 2023 (Ausgangsjahre 12/2021 - 11/2022)						
Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	
<b>01 - Tonsillektomie</b>								
01.10	Tonsillektomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung	K < (BD)	4,81%	161	3.350	53	7	5
01.11	Tonsillektomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	0,63%	21	3.350	53	7	2
01.12	Tonsillektomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	K < (BD)	4,27%	143	3.350	53	7	4
01.20	Tonsillektomien, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	K < (BD)	17,07%	572	3.350	53	7	2
01.30	Tonsillektomien, Todesfälle	T = (SE)	0,00%	0	3.350	53	7	
<b>02 - Tonsillotomie</b>								
02.10	Tonsillotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung	K < (BD)	0,27%	9	3.301	55	8	4
02.11	Tonsillotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	0,00%	0	3.301	55	8	
02.12	Tonsillotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	K < (BD)	0,27%	9	3.301	55	8	4
02.20	Tonsillotomien, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	K < (BD)	1,58%	52	3.301	55	8	3
02.30	Tonsillotomien, Todesfälle	T = (SE)	0,00%	0	3.301	55	8	
<b>03 - Nasennebenhöhlen-Chirurgie</b>								
03.10	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Re-OP aufgrund einer Liquorrhoe	K < (BD)	0,05%	3	5.563	62	12	3
03.11	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Re-OP aufgrund einer Liquorrhoe im selben Aufenthalt	K < (BD)	0,00%	0	5.563	62	12	
03.12	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Re-OP aufgrund einer Liquorrhoe in einem Folgeaufenthalt	K < (BD)	0,05%	3	5.563	62	12	3
03.20	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer OP-Verletzung	K < (BD)	0,29%	16	5.563	62	12	2
03.30	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Meningitis/postop. Infektion	K < (BD)	0,05%	3	5.563	62	12	2
03.31	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Meningitis	K	0,02%	1	5.563	62	12	
03.40	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	K < (BD)	0,92%	51	5.563	62	12	1
<b>04 - Adenotomie</b>								
04.10	Adenotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung	K < (BD)	0,28%	26	9.374	61	4	3
04.11	Adenotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	K < (BD)	0,03%	3	9.374	61	4	2
04.12	Adenotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	K < (BD)	0,25%	23	9.374	61	4	3
04.20	Adenotomien, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	K < (BD)	1,46%	137	9.374	61	4	3
04.30	Adenotomien, mit maligner Histologie	V	0,19%	18	9.409	61	4	
<b>05 - Mengeninformationen</b>								
05.10	Operationen im Bereich HNO bei bösartiger Neubildung	M			8.004	87	36	
05.20	Operationen an der Parotis	M			1.102	43	18	

A-IQI - Zusatzauswertung Prothesen Revisionen (Version 2023)

		A-IQI 2023 (Ausgangsjahr 2021)							
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.
<b>01 - Hüftendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres</b>									
01.10	Hüftendoprothesen, Revisionsrate	K	< (BD)	2,93%	654	22.293	113	4	10
01.11	Hüftendoprothesen, Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		88,53%	579	654	97	77	
01.12	Hüftendoprothesen, Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		11,47%	75	654	97	77	
01.13	Hüftendoprothesen (Totalprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	2,69%	500	18.569	112	7	10
01.14	Hüftendoprothesen (Teilprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	4,16%	155	3.729	95	25	5
01.15	Hüftendoprothesen, erneute Erst-OP	K	= (SE)	0,30%	67	22.230	113	4	44
01.20	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose, Revisionsrate	K	< (BD)	2,24%	376	16.776	108	8	6
01.30	Hüftendoprothesen bei hüftgelenknaher Fraktur, Revisionsrate	K	< (BD)	4,00%	169	4.226	100	27	3
01.31	Hüftendoprothesen bei hüftgelenknaher Fraktur (Totalprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	4,47%	47	1.052	97	56	2
01.32	Hüftendoprothesen bei hüftgelenknaher Fraktur (Teilprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	3,87%	123	3.178	86	16	3
01.40	Hüftendoprothesen andere, Revisionsrate	K	< (BD)	8,62%	82	951	103	64	2
01.50	Hüftendoprothesen, Revisionsrate mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	1,11%	248	22.293	113	4	6
01.51	Hüftendoprothesen, Revisionen mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis" in der eigenen Krankenanstalt	K		91,13%	226	248	73	68	
01.52	Hüftendoprothesen, Revisionen mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis" in einer anderen Krankenanstalt	K		8,87%	22	248	73	68	
<b>02 - Knieendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres</b>									
02.10	Knieendoprothesen, Revisionsrate	K	< (BD)	2,12%	375	17.650	108	10	5
02.11	Knieendoprothesen, Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		89,07%	334	375	80	74	
02.12	Knieendoprothesen, Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		10,93%	41	375	80	74	
02.13	Knieendoprothesen (Totalprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	2,06%	328	15.930	108	10	7
02.14	Knieendoprothesen (Teilprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	2,59%	43	1.658	85	39	3
02.15	Knieendoprothesen, erneute Erst-OP	K	= (SE)	0,28%	50	17.591	108	10	35
02.20	Knieendoprothesen bei Gonarthrose, Revisionsrate	K	< (BD)	1,90%	322	16.931	106	9	6
02.30	Knieendoprothesen andere, Revisionsrate	K	< (BD)	7,42%	53	714	94	67	2
02.40	Knieendoprothesen, Revisionsrate mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	0,84%	149	17.650	108	10	8
02.41	Knieendoprothesen, Revisionen mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis" in der eigenen Krankenanstalt	K		88,59%	132	149	54	51	
02.42	Knieendoprothesen, Revisionen mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis" in einer anderen Krankenanstalt	K		11,41%	17	149	54	51	

## A-IQI - Zusatzauswertung AG/R, RNS (Version 2023)

		A-IQI 2023 (Ausgangsjahre 12/2021 - 11/2022)							
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.
<b>01 - Patientenkollektiv</b>									
01.10	Aufenthalte auf Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), primäre Aufnahmen	V		26,58%	6.434	24.202	63	6	
01.11	Aufenthalte auf Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R), sekundäre Aufnahmen	V		73,42%	17.768	24.202	63	6	
01.20	Aufenthalte auf Remobilisation/Nachsorge (RNS), primäre Aufnahmen	V		2,86%	76	2.653	17	4	
01.21	Aufenthalte auf Remobilisation/Nachsorge (RNS), sekundäre Aufnahmen	V		97,14%	2.577	2.653	17	4	
<b>02 - Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)</b>									
02.10	Hüftgelenknahe Fraktur (AG/R), Todesfälle	T	< (BD)	1,87%	49	2.623	55	12	3
02.11	Hüftgelenknahe Fraktur (AG/R), Wiederaufnahmen	K	< (BD)	13,13%	338	2.574	54	11	2
02.12	Hüftgelenknahe Fraktur (AG/R), akute Wiederaufnahmen	K	< (BD)	11,97%	308	2.574	54	11	4
02.20	Herzinsuffizienz (AG/R), Todesfälle	T	< (BD)	11,69%	88	753	48	25	3
02.21	Herzinsuffizienz (AG/R), Wiederaufnahmen	K	< (BD)	24,51%	163	665	47	26	1
02.22	Herzinsuffizienz (AG/R), akute Wiederaufnahmen	K	< (BD)	23,31%	155	665	47	26	2
02.30	Pneumonie (AG/R), Todesfälle	T	< (BD)	11,99%	83	692	48	26	3
02.31	Pneumonie (AG/R), Wiederaufnahmen	K	< (BD)	20,36%	124	609	47	26	
02.32	Pneumonie (AG/R), akute Wiederaufnahmen	K	< (BD)	19,87%	121	609	47	26	
<b>03 - Remobilisation/Nachsorge (RNS)</b>									
03.10	Hüftgelenknahe Fraktur (RNS), Todesfälle	T	< (BD)	0,45%	2	448	12	3	2
03.11	Hüftgelenknahe Fraktur (RNS), Wiederaufnahmen	K	< (BD)	11,43%	51	446	12	3	1
03.12	Hüftgelenknahe Fraktur (RNS), akute Wiederaufnahmen	K	< (BD)	10,76%	48	446	12	3	1
03.20	Herzinsuffizienz (RNS), Todesfälle	T	< (BD)	0,00%	0	30	9	8	
03.21	Herzinsuffizienz (RNS), Wiederaufnahmen	K	< (BD)	30,00%	9	30	9	8	
03.22	Herzinsuffizienz (RNS), akute Wiederaufnahmen	K	< (BD)	30,00%	9	30	9	8	
03.30	Pneumonie (RNS), Todesfälle	T	< (BD)	5,71%	2	35	8	7	
03.31	Pneumonie (RNS), Wiederaufnahmen	K	< (BD)	12,12%	4	33	8	7	
03.32	Pneumonie (RNS), akute Wiederaufnahmen	K	< (BD)	12,12%	4	33	8	7	

## Anhang 3

---

Indikatorenergebnisse Versorgungsqualität/Versorgungsdichte

A-IQI Bericht 2023

Versorgungsqualität/ Versorgungsdichte	A-IQI 2022														
	Wohnort Leistungsempfänger:in						Standort leistungserbringende KA								
	Ö 2022	Min.	Max.	Bezirke außerhalb der einfachen Bandbreite	Bezirke außerhalb der zweifachen Bandbreite	Anzahl Bezirke	Min.	Max.	KA außerhalb der einfachen Bandbreite	KA außerhalb der zweifachen Bandbreite	Anzahl KA (Standorte) inkl. Prikraf, UKH	med. Faktoren		medianes Alter	
01 - Katarakt	12,72	8,57	18,40	32	3	94	9,79	16,36	25	1	61	Anteil traumatische Katarakt		0,12%	75-79
02 - Adipositas-Chirurgie	0,27	0,00	0,62	24	4	92	0,18	0,36	13	3	39				
03 - Hysterektomie	0,88	0,37	1,59	27	7	94	0,57	1,24	30	4	89				
04 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen	2,17	1,28	3,53	23	5	94	1,47	2,91	33	6	111				65-69
05 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen	2,26	1,48	3,68	26	4	94	1,70	3,30	32	3	108				70-74
06 - Knieoperation arthroskopisch	5,23	2,68	8,74	31	4	94	3,25	8,74	32	7	128	vorhergehende Arthroskopie		3,81%	45-49

## Anhang 4

---

Indikatorenergebnisse Qualitätsregister



Österreichisches Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder  
Daten 2022

Österreich

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Fälle Reg.	Fälle DLD	Vollständigkeit %	KI
V Vollständigkeit Herzschrittmacher-Implantation	88,61%	Z	> (EW) 90%	7.310	8.261	88,49%	(87,78;89,16)
V Vollständigkeit ICD-Implantation	81,40%	Z	> (EW) 90%	1.715	2.107	81,40%	(79,68;83)
V Vollständigkeit Looprecorder-Implantation	91,32%	Z	> (EW) 90%	1.664	1.832	90,83%	(89,42;92,07)
V Vollständigkeit Gesamt	88,77%	Z	> (EW) 90%	10.689	12.200	87,61%	(87,02;88,19)

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
<b>Herzschrittmacher</b>							
1 Revisionsrate innerhalb eines Jahres	2,97%	K	< (BD) 2,97%	2,97%	221	7.431	(2,61;3,39)
2 davon Fremdrevisionen		Z			148	7.431	
3 Dokumentation perioperativer Komplikationen		Z	> (EW) 0		91	6.926	
4 perioperative Komplikationen bei HSM-Implantation	1,31%	K	< (BD) 1,31%	1,31%	91	6.926	(1,07;1,61)
5 telemedizinische Nachsorge	14,94%	M	> (BD) 14,94%	14,94%	485	3.247	(13,75;16,20)

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
<b>ICD</b>							
6 Revisionsrate innerhalb eines Jahres	2,73%	K	< (BD) 2,73%	2,73%	44	1.614	(2,04;3,64)
7 davon Fremdrevisionen		Z			28	1.614	
8 Dokumentation perioperativer Komplikationen		Z	> (EW) 0		34	1.715	
9 perioperative Komplikationen bei ICD-Implantation	1,98%	K	< (BD) 1,98%	1,98%	34	1.715	(1,42;2,76)
10 telemedizinische Nachsorge	63,91%	M	> (BD) 63,91%	63,91%	533	834	(60,59;67,10)

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
<b>Looprecorder</b>							
11 Loop-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	1,33%	K	< (BD) 1,33%	1,33%	8	602	(0,67;2,60)
12 telemedizinische Nachsorge	77,25%	M	> (BD) 77,25%	77,25%	859	1.112	(74,69;79,62)

Herzchirurgie-Register  
Daten 2022

Österreich

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Fälle Register	Fälle DLD	Vollzähligkeit %	KI
V Vollzähligkeit	101%	Z	>(EW) 95,00%	6.376	6.343	100,52%	

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
<b>Herzchirurgie</b>							
1 Performance-Ratio	0,79	T	< (EW)	1	0,79	3,62	4,58 (0,46:1,15)
2 Performance-Ratio, isol. BypassOP	0,69	T	< (EW)	1	0,69	1,79	2,60 (0,30:1,15)
3 Performance-Ratio, isol. AortenklappenOP	0,56	T	< (EW)	1	0,56	2	3,00 (0,22:0,95)
4 Performance-Ratio, bei elektiven OP	0,60	T	< (EW)	1	0,60	1,85	3,09 (0,26:1,00)
5 Rethorakotomie wegen Nachblutung im Krankenhaus	6,00%	K	< (BD)	6,00%	6,00%	383	6.382 (5,44:6,61)
6 Rethorakotomie wegen tiefem Wundinfekt im Krankenhaus	0,83%	K	< (BD)	0,83%	0,83%	52	6.382 (0,64:1,08)
7 Schlaganfallrate (zentralneurologischer Schaden länger 72 Stunden)	1,21%	K	< (BD)	1,21%	1,21%	77	6.382 (0,97:1,51)
8 Verwendung der Arteria thoracica interna	94,57%	O	> (EW)	90,00%	94,57%	2.159	2.283 (95,56:95,42)

Stroke-Unit-Register  
Daten 2022

Österreich

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
<b>Registerdaten im Überblick (Aufnahmediagnose Schlaganfall)</b>							
R1	Gesamtanzahl Schlaganfälle				15.466		
R2	96,19%	Z	>(BD) 96,19%	96,19%	14.876	15.466	(95,87;96,48)
R3	94,56%	Z	>(BD) 94,56%	94,56%	14.625	15.466	(94,19;94,91)

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
<b>Vollzähligkeitsabgleich Register vs LKF (DLD)</b>							
V1	90,01%	Z	>(BD) 90,01%	90,01%	14.876	16.527	(89,54;90,46)
V2	89,50%	Z	>(BD) 89,50%	89,50%	12.582	14.058	(88,98;90)
V3	92,91%	Z	>(BD) 92,91%	92,91%	2.294	2.469	(91,83;93,86)

	Ö2022	Typ	Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
<b>Stroke-Unit-Register Indikatoren</b>							
1	51,68%		>(BD) 51,68%	51,68%	5.360	10.372	(50,72;52,64)
2	93,26%		>(BD) 93,26%	93,26%	8.425	9.034	(92,72;93,76)
3	71,88%		>(BD) 71,88%	71,88%	1.656	2.304	(70,00;73,67)
4	70,79%		>(BD) 70,79%	70,79%	979	1.383	(68,34;73,12)
5	45,61%		>(BD) 45,61%	45,61%	260	570	(41,57;49,72)
6	66,04%		>(BD) 66,04%	66,04%	177	268	(60,18;71,45)
7	84,03%		>(BD) 84,03%	84,03%	463	551	(80,74;86,85)
8	4,13%	K	<(BD) 4,13%	4,13%	613	14.854	(3,82;4,46)
9	1,03%	K	<(BD) 1,03%	1,03%	153	14.854	(0,88;1,21)
10	46,26%		>(BD) 46,26%	46,26%	3.279	7.088	(45,10;47,42)
11	23,35%		>(BD) 23,35%	23,35%	670	2.869	(21,84;24,94)
12	11,84%		>(BD) 11,84%	11,84%	228	1.925	(10,48;13,36)
13	97,53%		>(BD) 97,53%	97,53%	4.629	4.746	(97,05;97,94)
14	38,34%		>(BD) 38,34%	38,34%	5.538	14.444	(37,55;39,14)