

# Qualitätssicherung in österreichischen Krankenanstalten Schwerpunkt Ergebnisqualität

**Margarita Amon,**

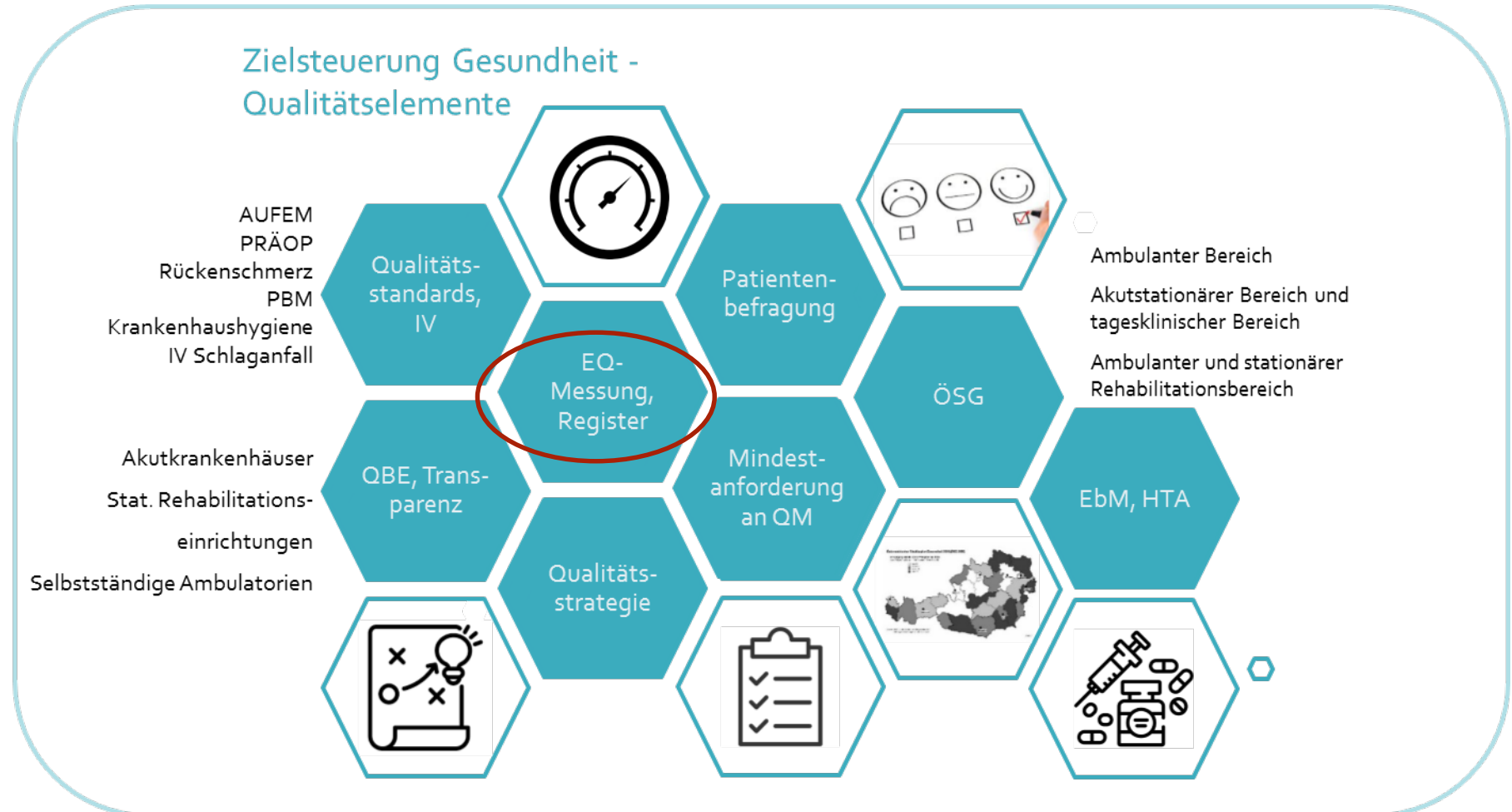
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

**Karin Eglau,**

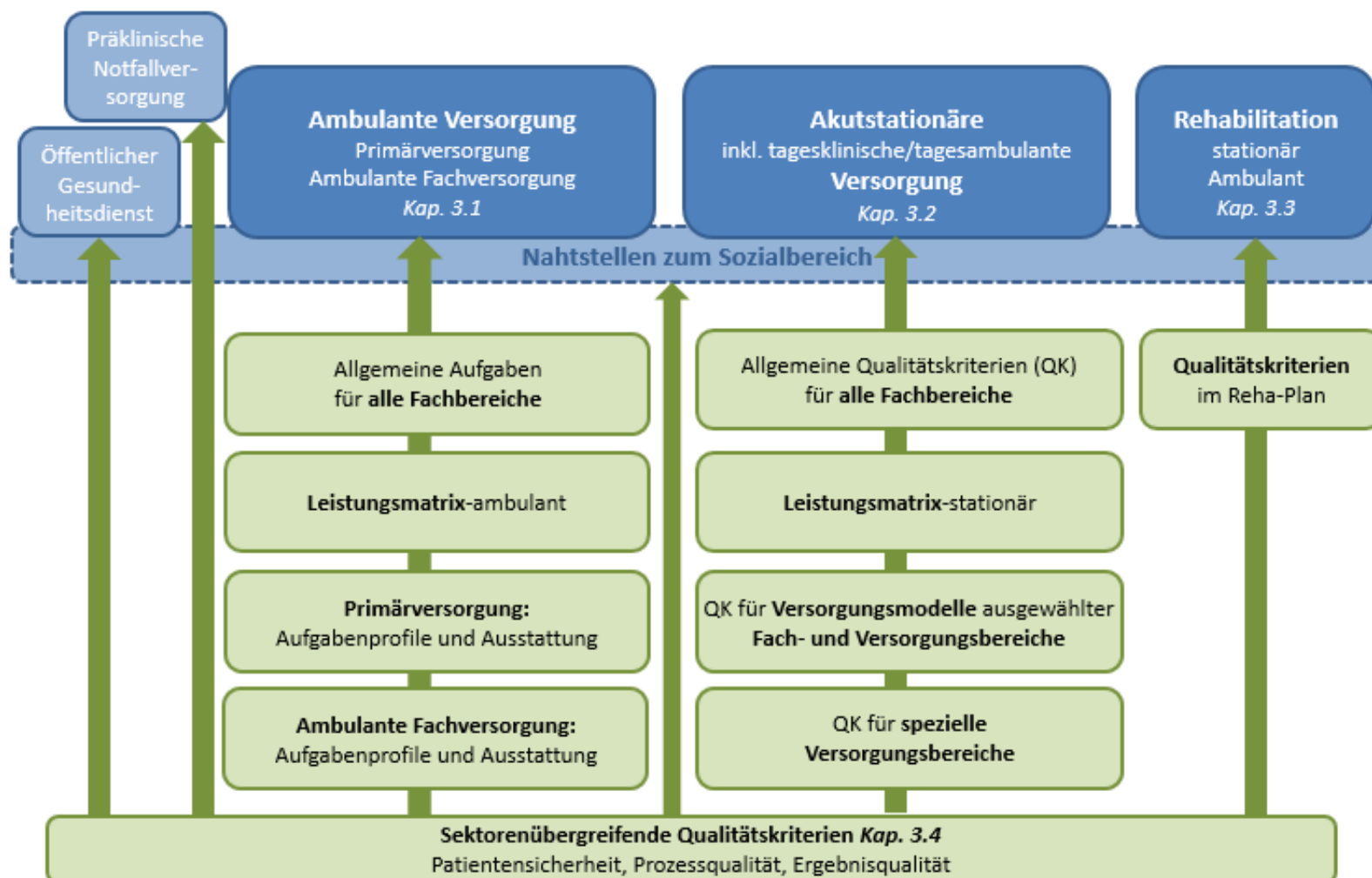
Gesundheit Österreich GmbH,

Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen

# Übersicht Qualitätssicherung in Krankenanstalten



# Strukturqualität im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)



## Prozessqualität

### Qualitätsstandards/Bundesqualitätsleitlinien

- **BQLL/QS Aufnahme- und Entlassungsmanagement**
- **BQLL Präoperative Diagnostik**
- **QS Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene**
- **QS Patient Blood Management**
- **QS Integrierte Versorgung Schlaganfall**
- QS unspezifischer Rückenschmerz
- QS Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie
- **QS Antiinfektiva Anwendung in Krankenanstalten (in Arbeit)**
- QS Integrierte Versorgung Diabetes mellitus Typ 2 (in Arbeit)
- QS Vorsorge-Koloskopie (in Arbeit)
- QS Wundmanagement (in Arbeit)

# Qualitätsberichterstattung zu systematischer Q-Arbeit Selbstbewertung der Einrichtungen (u.a. Krankenanstalten)

## ZUR BEFRAGUNG:

Zugangsgeschützte Webseite der  
Qualitätsplattform

<https://qualitaetsplattform.goeg.at/>

5.7 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit

S.7.1	Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
S.7.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in Ihrer Einrichtung verwendet?*(Mehrfachantworten möglich)	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Welche Instrumente?	
	Einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSMedical.at)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
S.7.5	Sind in Ihrer Einrichtung Unterstützungsmaßnahmen (z. B. peer support groups und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („second victim“), implementiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Speichern

## ZUR VISUALISIERUNG:

Zugangsgeschützte Webseite des BIQG-Portals  
zum Vergleich der Ergebnisse der Einrichtungen  
mit träger-, länder- und bundesweiten  
Ergebnissen (abhängig von der Berechtigung der User:in)

<https://biqg-portal.goeg.at/>

BIQG-PORTAL

Willkommen beim BIQG-Portal der Gesundheit Österreich GmbH

Anmelden

Benutzername: brigitte.domittner

Passwort: .....

Anmelden

15,1% (37/241)

84,9% (204/241)

BIQG (23 FAK)

Ergebnis

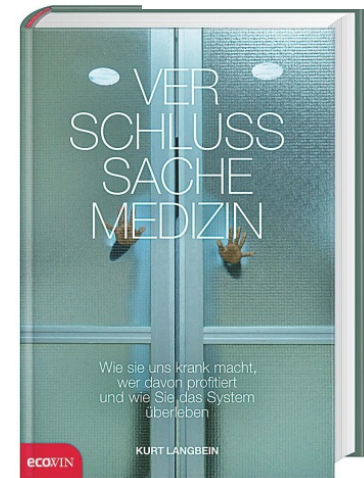
Prozess	Fakt
151	23
167	122

Anteil der Einrichtung an in Prozent

# Ergebnisqualität

## Austrian Inpatient Quality Indicators A-IQI

## A-IQI Historie



- 2009: Massive Berichterstattung zu Behandlungsfehlern in NÖ Krankenhäusern, Buch Verschlussache Medizin von Kurt Langbein
  - das ermöglichte den Start der Zusammenarbeit zw. KH-Träger (NÖ) und HELIOS-Kliniken
- 2010: Erste Version der A-IQI Indikatoren in NÖ, Start von Peer-Review-Verfahren
- 2011: Start der bundesweiten Ausrollung
  - 2012: erstes A-IQI Peer-Review-Verfahren auf Bundesebene
  - 2013: gesetzliche Verankerung von A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren im Zuge der Gesundheitsreform

## Was ist A-IQI?

- Nutzt Indikatoren auf Basis von **Routinedaten + Registern** und das Analyseinstrument **Peer-Review-Verfahren**
  - Indikatoren: statistische Auffälligkeiten identifizieren
  - Peer-Review-Verfahren: Optimierungspotential identifizieren
- Jährliche Festlegung von Schwerpunkten zu denen PRV stattfinden
- Die IQI werden in Österreich, Deutschland und der Schweiz angewandt. Dies ermöglicht einen 3-Länder-Vergleich der Ergebnisse
- Berichtslegung erfolgt auf 2 Ebenen
  - Expertinnen und Experten – jährlicher A-IQI Bericht
  - Bürgerinnen und Bürger – [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at).

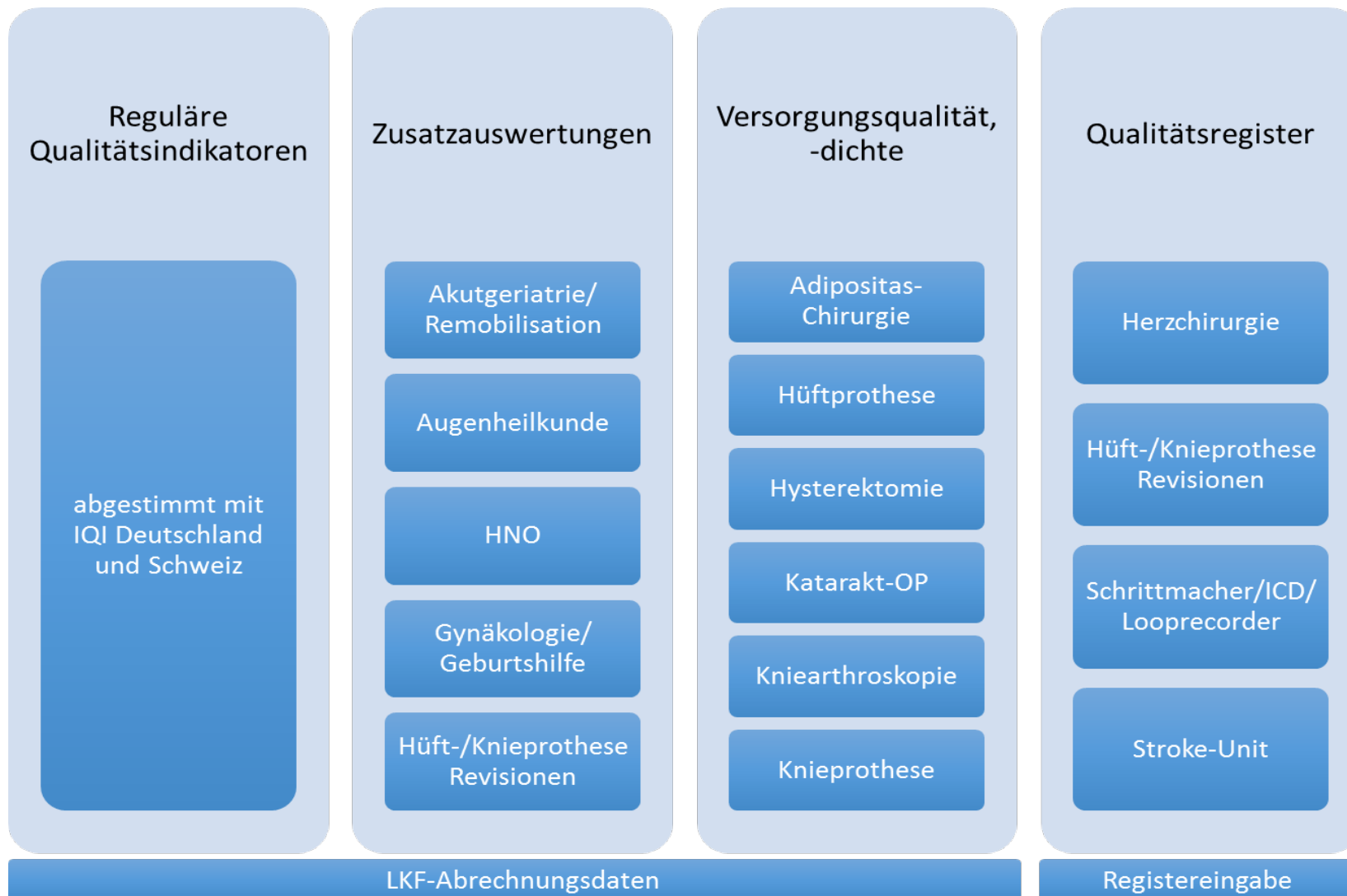


## Gremienstruktur



# Indikatoren

# Überblick Indikatoren



## Indikator Typen – Was wird gemessen?

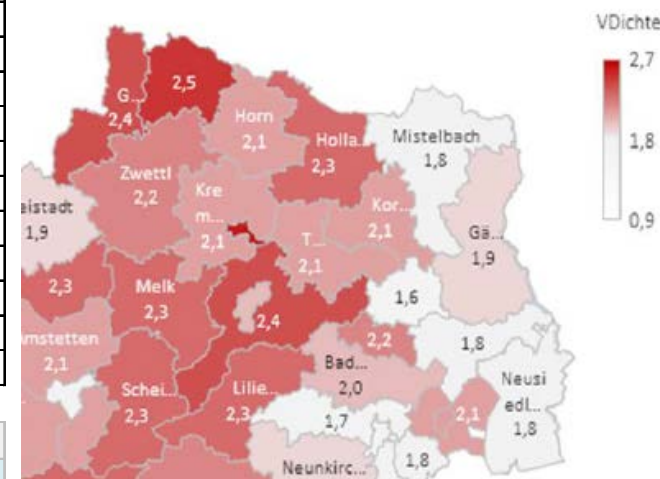
1. **Todesfälle** z.B. Herzinfarkt, Anteil Todesfälle
2. **Intensivhäufigkeit** z.B. Geburten, Anteil Intensivaufenthalte der Mutter
3. **Komplikationen** z.B. Hüftendoprothesen Erst-OP, Anteil Revisionen innerhalb 12 Monate
4. **Mengen** insgesamt, Mindestmengen z.B. Mindestmenge Adipositas-Chirurgie
5. **Operationstechnik** z.B. Hysterektomien, Anteil laparoskopische Operationen
6. **Versorgungsprozess** z.B. Schlaganfall und 1. Bildgebung  $\leq 30$  Min. nach Krankenhaus-Aufnahme
7. **Belagsdauer** z.B. Median Belagsdauer auf AG/R
8. **Alter** z.B. Hüftendoprothesen Erst-OP gesamt, Median Altersgruppe
9. **Zusatzinformationen** z.B. Datenvollständigkeit im Stroke-Unit-Register

## Auswertungen in der Praxis

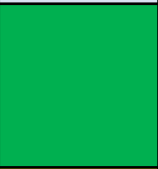
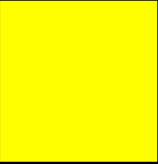
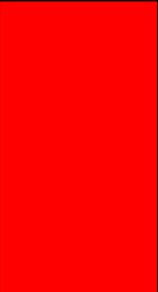
Stroke-Unit-Register		Ö	Typ	Zielbereich
	Datensatzvollständigkeit (Befüllungsgrad der einzelnen Fälle)	96,73%	Z	>(BD)
1	1. Bildgebung <= 30 Min. nach Krankenhaus-Aufnahme	50,95%	V	>(BD)
2	1. Untersuchung hirnzuführende Gefäße <= 24 nach Krankenhaus-Aufnahme	92,43%	V	>(BD)
3	Door to Needle Time <= 60 Min.	70,62%	V	>(BD)
4	Lyserate ausgewählte Patienten	71,81%	V	>(BD)
5	1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. alle Patienten	42,02%	V	>(BD)
6	1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. Zutransport direkt, kein Transfer	63,61%	V	>(BD)
7	TICI-Score bei Angio-Ende	84,55%	V	>(BD)
8	Pneumonie	4,07%	K	<(BD)
9	Klinisch relevante Einblutung	0,99%	K	<(BD)
10	Erfolgsquote leichte Fälle	46,50%	V	>(BD)
11	Erfolgsquote mittelschwere Fälle	23,78%	V	>(BD)
12	Erfolgsquote schwere Fälle	13,69%	V	>(BD)
13	Sekundärprophylaxe	97,44%	V	>(BD)
14	Follow Up Rate	42,13%	V	>(BD)

01 - Hüftendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres		Ö	Typ	Zielbereich
01.10	Hüftendoprothese, Revisionen	3,03%	K	<(BD)
01.11	davon Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	88,63%	K	
01.12	davon Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	11,37%	K	
01.13	Hüftendoprothese (Totalprothese), Revisionen	2,80%	K	<(BD)
01.14	Hüftendoprothese (Teilprothese), Revisionen	4,14%	K	<(BD)
01.15	Hüftendoprothese, erneute Erst-OP	0,36%	K	= (SE)
01.20	Hüftendoprothese bei Koxarthrose, Revisionen	2,27%	K	<(BD)
01.30	Hüftendoprothese bei hüftgelenknaher Fraktur, Revisionen	3,45%	K	<(BD)

01 - Tonsillektomie		Ö	Typ	Zielbereich
01.10	Tonsillektomie, Re-OP aufgrund einer Nachblutung	4,33%	K	<(BD)
01.11	Tonsillektomie, Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	0,53%	K	<(BD)
01.12	Tonsillektomie, Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	3,81%	K	<(BD)
01.20	Tonsillektomie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	15,49%	K	<(BD)
01.30	Tonsillektomie, Todesfälle		T	= (SE)



## Zielwerte

Ergebniskategorie	Code	Ampel	Vergleich zum Zielbereich
Nicht auffällig	1		Zielbereich erreicht bzw. kein Todesfall bei Sentinel-Indikatoren
Nicht signifikant auffällig	2		Zielbereich nicht erreicht – innerhalb 95 % KI
Signifikant auffällig bzw. auffällig	3		Zielbereich nicht erreicht – außerhalb 95 % KI (statistisch signifikant) bzw. mind. 1 Todesfall bei Sentinel-Indikatoren, bzw. Mindestmenge nicht erreicht

- Erwartungswerte
- Österreichische Bundesdurchschnitte
- Sentinel
- ÖSG-Festlegungen
- Literaturwerte

## Peer-Review-Verfahren

## Peer Review – Was ist das?

- Kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion über die eigene Leistungsfähigkeit und die der Kolleg:innen
- durch mehrere Angehörige einer Berufsgruppe (Peers)
- unter Verwendung eines strukturierten Prozesses
- mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.
  - Retrospektive Krankengeschichtenanalyse
  - Basiert auf vertrauensvollem Umfeld
  - Dialog mit Fachkolleginnen und -kollegen
  - Voneinander Lernen
  - Lösungsorientierung



## Wie kommt es zu einem Peer-Review-Verfahren?

1. Analyse der Schwerpunktindikatoren-Ergebnisse im BMSGPK
2. Analyse der Schwerpunktindikatoren-Ergebnisse in den Landes-Gesundheits-Fonds
3. Rückmeldung der Krankenanstalten (Kodierung)
4. Analyse der Rückmeldungen in der Steuerungsgruppe
5. Beschluss ob Peer-Review-Verfahren ja/nein in der Steuerungsgruppe

### Standardisierte Fallauswahl

- Fälle mit vermutetem Verbesserungspotential
- Kriterien für die Auswahl: (1) Einbezug des Rückmeldebogens Kodierung, (2) Verlauf (Leistungen, Diagnosen, Verlegungen), (3) Vermutete Komplikationen, Re-Eingriffe/Interventionen, Intensivaufenthalte, (4) Verweildauer, (5) Alter
- Fallmix (Patientengut der Abteilung soll widergespiegelt werden)
- maximal 6 Fälle je Peer

## Bisherige Jahresschwerpunkte

2013

- Herzinfarkt
- Pneumonie
- Schenkelhalsfraktur

2014

- Schlaganfall
- Cholezystektomie

2015

- Herniotomie
- Hysterektomie
- Linksherzkatheter

2016

- Gefäßchirurgie
- Herzchirurgie
- Urologie

2017

- OP an der Lunge
- Kolorektale OP
- Intensiv/Beatmung

2018

- Hüftgelenknahe Fraktur

2019

- Adipositas-Chirurgie

2022

- Geburt/Neugeborene
- Schlaganfall (NEU)

2023

- Herzinsuffizienz
- Bauchchirurgie

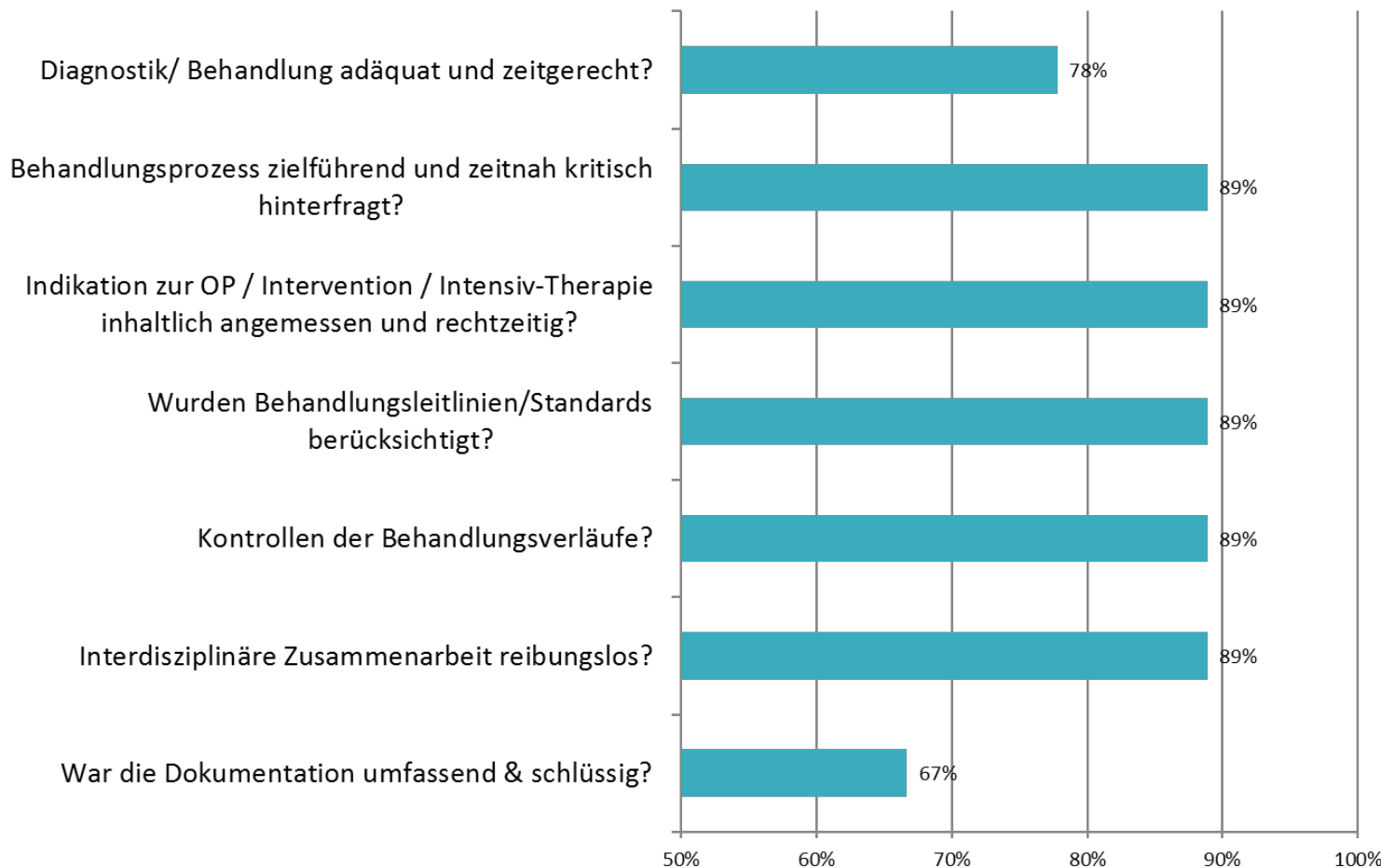
## Nach dem Peer-Review-Verfahren

- Abschluss Jahresschwerpunkte mit Peer-Review-Follow-up (Fachgesellschaften)
- Weiterentwicklung des Verfahrens auf Basis der Feedbackfragebögen -> Bundesweite Verbesserungsmaßnahmen
- Maßnahmen- und Ergebnismonitoring 1x jährlich
- Wesentlichste Themen:
  - Prozesse, interdisz. Zusammenarbeit (prähospital, Aufnahmeprozess, intrahospital)
  - Nachvollziehbarkeit ärztlicher Entscheidungen
  - Berufsgruppenübergreifende Dokumentation

Jahresschwerpunkt	Anzahl Verfahren	Anzahl Maßnahmen	umgesetzte Maßnahmen	Umsetzungsgrad in %
Herzinfarkt	3	16	16	100%
Pneumonie	1	3	3	100%
Schenkelhalsfraktur	16	85	80	94%

# Auswertung der Analyseverfahren

## Peer-Review-Verfahren Schlaganfall: Analyseverfahren



Zusammenfassung der Analyseverfahren über alle Fälle insgesamt:

	immer	meistens	häufig	selten	fast nie
	X	X			

## Learnings, Erfolgskriterien

### Das Herzstück von A-IQI ist das Peer-Review-Verfahren mit den Peers!

- Einbezug der Entscheidungsträger:innen (insb. in Peer-Review-Prozess)
- Einbezug der Fachgesellschaften in die Indikatorenentwicklung und die Bearbeitung der Peer-Review-Ergebnisse
- Monitoring
- Systemtransparenz, Kommunikation
- Verknüpfung der Qualitätsdaten und -instrumente