

Bundeseinheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten: Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

- Beschluss Gesundheitsreform 2013: A-IQI inkl. Peer-Review-Verfahren
- Kombination aus Kennzahlen (stationär) und dem Analyseinstrument Peer-Review-Verfahren
 - Übergang vom Piloten in Routine inkl. gesetzliche Anpassungen ab 2014
 - regelmäßige Berichtslegung
 - ärztlich motiviertes Instrument
 - Auswahl von Jahresschwerpunktthemen

Qualitätsindikatoren

Basis für die Berechnung der Kennzahlen sind die Abrechnungsdaten der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Diese stellen in Österreich die einzige bundesweit vergleichbare und vollständige Datenbasis dar. Gemessen wird in allen Krankenhäusern mit der exakt gleichen Methode anhand eines bundeseinheitlichen Auswertungstools namens QDok. Die Qualitätsindikatoren werden anhand von Krankheitsbildern (z.B. Herzinfarkt) oder Operationen (z.B. Cholezystektomie) gebildet. Diese beinhalten ein breites Spektrum von häufigen Standardbehandlungen bis zu hochkomplexen Behandlungen/Krankheitsbildern. Insgesamt sind in A-IQI 52 Indikatorenbereiche mit insgesamt 278 Einzelkennzahlen abgebildet. Aufgrund jährlicher Weiterentwicklung liegen die Indikatoren bereits in der Version 4.2 vor.

Was wird gemessen?

- Todesfälle z.B. Hauptdiagnose Herzinfarkt, Anteil Todesfälle
- Intensivhäufigkeit z.B. Herniotomie, Anteil Intensivaufenthalte
- Komplikationen z.B. Cholezystektomie, Anteil Re-Operation im selben Aufenthalt
- Mengen z.B. Anzahl schwere Mehrfachverletzungen
- Operationstechnik z.B. Hysterektomie, Anteil abdominaler Operationen
- Versorgung, Prozess z.B. Schenkelhalsfraktur, Anteil präoperative Verweildauer ≥ 2 Tage
- Zusatzinformationen z.B. Anteil an Fällen in den A-IQI Indikatoren

Was kann das System nicht? Die Qualitätsindikatoren sind keine Abbildung der klinischen Realität, können keine wissenschaftliche Aussage für sich alleine treffen und das Messen alleine führt nicht zu einer Verbesserung der Qualität.

Organisation

Die operative Arbeit findet in zwei Gremien statt: Steuerungsgruppe A-IQI und Wissenschaftlicher Beirat. Die Steuerungsgruppe besteht aus Mitgliedern des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF), allen 10 Fonds (Landesgesundheitsfonds, Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfond) sowie des Hauptverbandes der Sozialversicherungs-Träger. Zu den Aufgaben der Steuerungsgruppe zählt:

- die Auswahl der Jahresschwerpunkte und der einzelnen Peer-Review-Verfahren,
- die Weiterentwicklung und Adaptierung der Kennzahlen sowie des Peer-Review-Verfahrens,
- die Erarbeitung eines jährlichen Berichts und

- die Weiterleitung von aus den Analysen abgeleiteten Empfehlungen an die betroffenen gesundheitspolitischen Gremien.

Für die Weiterentwicklung und Adaptierung der Kennzahlen (sowie Vorschläge für notwendige Weiterentwicklungen im LKF-System) bedient sich die Steuerungsgruppe eines Wissenschaftlichen Beirates. Dieser besteht aus Mitgliedern des BMGF, der Fonds, der Krankenanstaltenträger, der Krankenanstalten sowie des Hauptverbandes der SV-Träger. Die inhaltlich-fachliche Diskussion der Kennzahlen findet mit der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaft statt.

Jährlich werden von der Steuerungsgruppe Jahresschwerpunktt Themen festgelegt, zu denen Peer-Review-Verfahren stattfinden. Folgende Bereiche wurden bereits bundesweit in Peer-Review-Verfahren analysiert:

- 2012: Herzinfarkt, Lungenentzündung, Schenkelhalsfraktur
- 2013: Schlaganfall, Entfernung der Gallenblase
- 2014: Linksherzkatheter, Entfernung von Leisten-/Schenkel-/Nabelbrüchen, Entfernung der Gebärmutter
- 2015: Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Urologie

Für 2016 wurden die Schwerpunkte Operationen an der Lunge, Darmoperationen, Intensivmedizin und Endoprothetik (Hüfte, Knie) ausgewählt. Die Peer-Review-Verfahren dazu starten im Herbst 2016.

Peer-Review-Verfahren

Das Verfahren dauert einen ganzen Tag und wird grundsätzlich im Krankenhaus vor Ort von „externen“, erfahrenen und geschulten Primärärzt/inn/en (Peers) durchgeführt. Das Peer-Review-Team besteht aus 3-4 Peers aus zumindest 2 unterschiedlichen Fachrichtungen und dieses analysiert und bewertet bis zu 20 Fälle anhand von definierten Analysekr iterien. Das Herzstück des Verfahrens ist die gemeinsame Diskussion der Einzelfälle mit den Primärärzt/inn/en vor Ort und eine anschließend gemeinsame Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen. Ziele sind:

- Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses (von Abteilungsdenken zu interdisziplinären Fallbetrachtungen; Abläufe, Strukturen und Schnittstellen optimieren),
- Aufdecken lokaler Besonderheiten (Krankenhausstruktur und Umfeld),
- Etablieren einer offenen Fehlerkultur (offene sachliche Diskussion mit allen Beteiligten, Förderung von kritischer Selbsteinschätzung),
- Nachhaltigkeit des Verbesserungsprozesses,
- Kontrolle der Kennzahlen.