



Im Auftrag der Bundesgesundheits-
kommission

Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten

Austrian Inpatient Quality Indicators

A-IQI

ORGANISATIONSHANDBUCH

Organisationsablauf und Systembeschreibung

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesgesundheitskommission
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1030 Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts
"Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten"
Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI**

A-IQI-Steuerungsgruppe:

Bestehend aus je einem Vertreter aller Landesgesundheitsfonds, des Privatkranken-
anstalten-Finanzierungsfonds, des Hauptverbandes der österreichischen Sozial-
versicherungsträger und des Bundesministeriums für Gesundheit

Projektkoordination:

Dr. Silvia Türk (BMG)

Projektmitarbeit:

Dr. Edgar Hagenbichler (BMG)
Ingrid Rath (BMG)
Mag. Johannes Schimmerl, BA (BMG)

Anlagen:

Regeln für Träger von Krankenanstalten im eingeschränkt autonomen Zuständigkeitsbereich

Wien, im Jänner 2012

INHALTSVERZEICHNIS

1	QUALITÄT IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSWESEN.....	4
1.1	Gesundheitsqualitätsgesetz.....	4
1.2	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens	4
1.3	Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen	5
1.4	Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 1. April 2011 betreffend das Projekt „Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten“	5
1.5	§ 5 b Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz	6
2	PROJEKT „BUNDESWEIT EINHEITLICHE ERGEBNISQUALITÄTSMESSUNG AUS ROUTINEDATEN“ (A-IQI) ...	8
2.1	Aufbauorganisation.....	8
2.1.1	A-IQI-Steuerungsgruppe	8
2.1.2	Geschäftsstelle A-IQI.....	8
2.1.3	Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF	10
2.1.4	Träger der Krankenanstalten.....	10
2.1.5	Definitionen der Ergebniskategorien und Darstellung der Zielwerte/-bereiche	11
2.1.6	Peer Review Verfahren	12
2.1.7	Aufbaudiagramm A-IQI	14
2.2	Ablauf A-IQI Peer Review	15
2.2.1	Peer Review durch Empfehlung der A-IQI-Steuerungsgruppe.....	15
2.2.2	Peer Review durch Anforderung über einen Träger	15

1 Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten laufend zu verbessern und sicherzustellen, wurden seitens des Bundes während der letzten Jahre diverse Gesetze, Verordnungen und Regelungen erlassen, die ausschließlich oder teilweise qualitätsspezifische Bestimmungen enthalten. Diese beziehen sich u.a. auf Dokumentationspflichten, die Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Blut und Gewebe, die Qualität der Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe, auf PatientInnenrechte und Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich.

Nachstehend werden einige dieser Bestimmungen, die für A-IQI besonders relevant sind, angeführt.

1.1 Gesundheitsqualitätsgesetz

Damit wurde ein rechtlicher Rahmen geschaffen, welcher es erlaubt, die Vielzahl der in den letzten Jahren in Angriff genommenen Qualitätsthemen strukturiert weiter zu entwickeln und damit eine gezielte Qualitätsstrategie zu verfolgen.

Die Grundprinzipien dieses Gesetzes sind PatientInnenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität und PatientInnensicherheit. Mit dem Gesetz wurde nunmehr die Möglichkeit geschaffen, bundeseinheitliche Vorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln und umzusetzen. Das Gesetz betrifft alle Sektoren, das sind z.B. öffentliche und private Spitäler und Ambulatorien, Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Gesundheitsberufe, wie z. B. medizinisch technische Dienste, Hebammen und Pflegepersonal.

Die inhaltlichen Kernpunkte des genannten Gesetzes beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit in Zusammenhang stehenden Entwicklung von Standards zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Diese drei Begriffe werden als Dimensionen der Qualitätsarbeit und eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems verstanden.

Im Gesetz ist darüber hinaus festgehalten, dass eine regelmäßige Qualitätsberichterstattung aufgebaut wird, in deren Rahmen bundeseinheitlich über alle Bereiche und alle Berufe berichtet wird.

1.2 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Auch mit der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (geltend für die Jahre 2008 bis 2013) werden die Arbeiten zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität unterstützt. In

diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Präambel, Art. 6 (Qualität im österreichischen Gesundheitswesen), Art. 5 (Nahtstellenmanagement im Interesse der Patientinnen und Patienten), Art. 15 (Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur) und auf Art. 20 (Aufgaben der Gesundheitsplattformen auf Länderebene) der genannten Vereinbarung hingewiesen.

1.3 Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen

Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission wurde eine Gesamtstrategie für das österreichische Gesundheitswesen erarbeitet. An der Entwicklung der Qualitätsstrategie haben alle wichtigen EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen (Bund, Länder, Sozialversicherung) mitgewirkt.

Die Qualitätsstrategie soll sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten in Österreich überall die bestmögliche und qualitativ gleiche Behandlung erhalten. Dies soll in den Bereichen

- PatientInnensicherheit,
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
- Risikomanagement und
- Aus-, Fort- und Weiterbildung

durch koordinierte Maßnahmen gewährleistet werden.

Die Qualitätsstrategie wurde im Juni 2010 in der Bundesgesundheitskommission beschlossen. In weiterer Folge sollen die operativen Ziele definiert und zu konkreten und überprüfbaren Maßnahmen weiterentwickelt werden.

1.4 Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 1. April 2011 betreffend das Projekt „Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten“

Auszug aus Tagesordnungspunkt 7 der Bundesgesundheitskommission

In vorbereitenden Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern aller Landesgesundheitsfonds wurden die folgenden Schritte für das weitere Vorgehen abgestimmt:

1. Das BM für Gesundheit übernimmt die Nutzungsrechte für Österreich von der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur wird das Indikatorensystem in das Programmpaket KDok implementiert. Weiters soll gemeinsam mit der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding und der TU Berlin als Systementwickler das Indikatorensystem und dessen Implementierung bzw. Umsetzung weiterentwickelt werden.
2. Die technische Implementierung der dzt. verfügbaren 96 Indikatoren ins Programmpaket KDok soll mit Ende Juni 2011 abgeschlossen sein. Im Zuge einer ersten Datenanalyse gemeinsam mit der TU Berlin werden die Verantwortlichen der

Landesgesundheitsfonds mit dem System vertraut gemacht. Nach Vorliegen der ersten Analysen erfolgt die Festlegung des weiteren Prozedere bezüglich Schwerpunktsetzungen und standardisierter, bundesweiter Peer Review-Verfahren. Schwerpunkte für 2011 werden die Indikatoren für Herzinfarkt, Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch sein.

3. Nach entsprechender Erfahrung aus der Einführungsphase wird das System in den Routinebetrieb übergehen. Zu vereinbarten Stichtagen werden die Daten den Verantwortlichen der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF zur Verfügung gestellt und die Auffälligkeiten analysiert. Die Auffälligkeiten werden von den Verantwortlichen im Rahmen eines kurzen Stellungnahmeverfahrens überprüft. Eine tatsächliche Veröffentlichung von Kennzahlen für einen Qualitätsbericht wird nicht vor November 2013 möglich sein und nach Vorlage eines Berichts an die Bundesgesundheitskommission über die Einführung des A-IQI-Systems erfolgen.

Beschluss der Bundesgesundheitskommission

Die Bundesgesundheitskommission nimmt den Bericht zur Entwicklung, Umsetzung sowie das gemeinschaftliche Prozedere zur bundesweiten Einführung der Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten zustimmend zur Kenntnis

1.5 § 5 b Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

Qualitätssicherung

§ 5b. (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

...

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. ...

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegi-

ale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

2 Projekt „Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten“ (A-IQI)

2.1 Aufbauorganisation

2.1.1 A-IQI-Steuerungsgruppe

Die A-IQI-Steuerungsgruppe berichtet an die Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen (AGSV). Sie ist eine Unterarbeitsgruppe zur AGSV.

Aufgaben der A-IQI-Steuerungsgruppe:

- ⇒ Empfehlungen an die AGSV zu erarbeiten.
- ⇒ Auswahl von Schwerpunktindikatoren, die österreichweit einheitlich erhoben werden.
- ⇒ Die Steuerungsgruppe kann sich eines wissenschaftlichen Beirats bedienen.

Mitglieder der A-IQI-Steuerungsgruppe sind:

- ⇒ ein Vertreter pro Landesgesundheitsfonds und des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF),
- ⇒ ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), und
- ⇒ ein Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Die Vertreter der A-IQI-Steuerungsgruppe sind die für den Bereich Qualitätssicherung in ihren Institutionen Zuständigen.

2.1.2 Geschäftsstelle A-IQI

Die Geschäftsstelle A-IQI ist im Fachbereich "Qualitätsmanagement und Gesundheitssystemforschung" des BMG eingerichtet.

Aufgaben der Geschäftsstelle A-IQI:

- ⇒ die Koordinierung der A-IQI-Steuerungsgruppe
- ⇒ Übermittlung der Detailberichte pro Krankenanstalt (inklusive weitergehende, für die Bearbeitung der Ergebnisse in den Krankenanstalten relevante Informationen) an den zuständigen Landesgesundheitsfonds bzw. PRIKRAF
- ⇒ die fachliche und organisatorische Vorbereitung der Sitzungen der A-IQI-Steuerungsgruppe
- ⇒ die Wartung, Betreuung und Weiterentwicklung des A-IQI-Systems inkl. Erstellung des Organisationshandbuchs A-IQI (Anlage Definitionshandbuch und Anlage Leitfaden Peer Review)

- ⇒ Übermittlung des A-IQI EDV-Tools (QDok) in der jeweils aktuellen Version an die Verantwortlichen der Landesgesundheitsfonds bzw. des PRIKRAF
 - ⇒ Übermittlung des A-IQI EDV-Tools in der jeweils aktuellen Version an die Träger der Krankenanstalten nach Auftrag durch die A-IQI-Steuerungsgruppe
 - ⇒ Analyse aller Indikatoren als Entscheidungsgrundlage zur Auswahl der Jahres-Schwerpunktindikatoren sowie zur Weiterentwicklung der Indikatoren
 - ⇒ das Wahrnehmen folgender Rollen im Routinebetrieb des Messsystems:
 - Festlegung und Beobachtung der Einhaltung der Regeln (Anlage Regeln für Träger von Krankenanstalten im eingeschränkt autonomen Zuständigkeitsbereich) zur Verwendung des Instruments im **eingeschränkt autonomen Zuständigkeitsbereich der Ergebnisqualitätsmessung** durch die Träger der Krankenanstalten selbst.
Mindestens bis zum Vorliegen eines Berichtes an die BGK über die Einführung des A-IQI-Systems und somit nicht vor November 2013 dürfen die Krankenanstalten keine Kennzahlen aus dem A-IQI-Projekt veröffentlichen und auch nicht indirekt oder allgemein darauf in der Öffentlichkeit Bezug nehmen.
 - Die einheitliche Messung von **Jahres-Schwerpunktindikatoren** in allen Krankenanstalten der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF. Die Schwerpunktindikatoren sollen für Zeiträume von einem Jahr oder mehreren Jahren erhoben und ausgewertet werden.

Im Rahmen der **Jahres-Schwerpunktindikatorerhebung** hat die Geschäftsstelle A-IQI die Aufgabe, Vorschläge auszuarbeiten, welche Schwerpunktindikatoren in einem Beobachtungszeitraum erhoben werden sollen. Die Auswahl der Schwerpunktindikatoren trifft die A-IQI-Steuerungsgruppe. Der Geschäftsstelle A-IQI obliegt weiters die Datenauswertung und Aufbereitung sowie die Kommunikation zu den Landesgesundheitsfonds und zum PRIKRAF.
 - ⇒ die Erarbeitung der Systematik für die Berichte von Peer Reviews gemeinsam mit den Fonds,
 - ⇒ Vorbereitung für nationale Peer Review Verfahren gemeinsam mit der A-IQI-Steuerungsgruppe (d.h. Auswahl der Krankenanstalten auf Basis der Schwerpunktindikatorenergebnisse).
 - ⇒ die operative Administration inkl. Kapazitätsplanung der Peer Reviews (gemäß Leitfaden Peer Review)
 - ⇒ die Ausbildung der Peer Reviewer und Weiterentwicklung des Peer Review Verfahrens im Auftrag der A-IQI-Steuerungsgruppe
 - ⇒ Veröffentlichung aller geschulten und zur Verfügung stehenden Peer Reviewer auf der Homepage des Bundesministerium für Gesundheit
-

⇒ Zusammenfassung der Reviewergebnisse hinsichtlich Verbesserungspotentiale und –maßnahmen und Präsentation in der A-IQI-Steuerungsgruppe.

2.1.3 Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF

Aufgaben der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF:

- ⇒ Kommunikationsdrehscheibe zwischen A-IQI-Steuerungsgruppe und den Krankenanstaltenträgern
- ⇒ Analyse der Ergebnisse der Schwerpunktindikatoren im Fonds
- ⇒ Ergebnisse der Schwerpunktindikatoren werden an die Träger der Krankenanstalten übergeben
- ⇒ Analyse der Rückmeldungen der Träger der Krankenanstalten
- ⇒ Bei nicht-erklärbaren signifikanten Auffälligkeiten bei Schwerpunktindikatoren Anforderung eines Peer Review-Verfahrens
- ⇒ Bewertung der Ergebnisse der Peer Review-Verfahren und gegebenenfalls Auswahl sowie Setzen von Konsequenzen
- ⇒ nicht signifikante Ergebnisse der Schwerpunktindikatoren werden durch den Fonds beobachtet
- ⇒ Die Administration für Peer Reviews erfolgt durch die A-IQI Geschäftsstelle und/oder den LGF bzw. den PRIKRAF. Die Entscheidung über die Anwesenheit eines Vertreters des LGF oder PRIKRAF während des Peer Reviews liegt bei den jeweiligen Fonds.
- ⇒ Übermittlung der systematisch erfassten anonymisierten Verbesserungspotentiale und –maßnahmen aller Peer Review Verfahren an die Geschäftsstelle A-IQI, damit alle Träger voneinander lernen können
- ⇒ Überprüfung der Maßnahmen, die durch den Träger gesetzt wurden sowie Überprüfung der Verbesserung der Ergebnisse
- ⇒ Systematischer Bericht über die Prüfung statistisch signifikanter auffälliger (in Tabelle rot markierten) Kennzahlen bzw. Ergebnisse der Schwerpunktindikatoren an die A-IQI-Steuerungsgruppe bezüglich Datenplausibilität in anonymisierter Form.

2.1.4 Träger der Krankenanstalten

Aufgaben der Träger der Krankenanstalten:

- ⇒ Kontinuierliche Verbesserung der Indikatorenergebnisse
- ⇒ Kommunikation der Ergebnisse bzgl. Schwerpunktindikatoren an die verantwortlichen Stellen
- ⇒ Aufbau und Verbesserung der Fehlerkultur
- ⇒ Adäquate Verwendung der eingeschränkt eigenverantwortlich (gemäß der Vereinbarungen) erhobenen Ergebnisse als Instrument zur internen Qualitätsverbesserung

- ⇒ Adäquate Bearbeitung von über dem Bundesdurchschnitt gelegenen, aber statistisch nicht signifikanten Ergebnisse – Ergebniskategorie nicht signifikant auffällig (in der eigenen Zuständigkeit)
- ⇒ Bearbeitung der über dem Bundesdurchschnitt gelegenen und statistisch signifikanten Ergebnisse – Ergebniskategorie signifikant auffällig – in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsfonds oder dem PRIKRAF
- ⇒ Gegebenenfalls Anforderung des A-IQI Peer Reviews, insbesondere bei statistisch signifikanten Ergebnissen der Schwerpunktindikatoren
- ⇒ Bearbeitung der Peer Review Ergebnisse und Setzen von Verbesserungsmaßnahmen
- ⇒ Die Reisekosten übernimmt jenes Krankenhaus, bei dem das Peer Review-Verfahren durchgeführt wird. Die Zeit des Peer Reviews gilt als Arbeitszeit und wird vom entsendenden Träger getragen.

2.1.5 Definitionen der Ergebniskategorien und Darstellung der Zielwerte/-bereiche

Bei den Schwerpunktindikatoren werden drei Ergebniskategorien unterschieden:

- Nicht auffällig: Besser als der Zielwert, kein Handlungsbedarf (d.h. Krankenhauswert unter dem Zielwert),
- Nicht signifikant auffällig: Krankenhauswert über dem Zielwert, aber statistisch nicht signifikant bedeutet: gegebenenfalls Handlungsbedarf in der Autonomie des Trägers, und gegebenenfalls Beobachtungsbedarf durch den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF,
- Signifikant auffällig: Krankenhauswert über dem Zielwert, statistisch signifikant

ODER zwar statistisch nicht signifikanter Wert, der trotzdem als „besonders auffällig“ eingestuft wird, wie z.B. Todesfälle bei seltenen Operationen oder Operationen mit generell niedriger Mortalität („Sentinel-Todesfällen“)

Ergebniskategorie Schwerpunktindikatoren	Vergleich zum Zielbereich	Konsequenzen
Nicht auffällig	Zielbereich erreicht	keine
Nicht signifikant auffällig	Zielbereich nicht erreicht – aber innerhalb 95 % CI (statistisch nicht signifikant)	gegebenenfalls Handlungsbedarf in der Autonomie des Trägers, und gegebenenfalls Beobachtungsbedarf durch den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF
Signifikant auffällig	Zielbereich nicht erreicht – außerhalb 95 % CI (statistisch signifikant) ODER als „besonders auffällig“ eingestuft („Sentinel-Todesfälle“)	Handlungsbedarf

CI – Konfidenzintervall

Bei Indikatoren, die keine Schwerpunktindikatoren sind, werden auf Wunsch des LGF bzw. des PRIKRAF entweder in zwei- oder dreistufiger (analog zu den Schwerpunktindikatoren) Kategorisierung ausgewiesen.

Zur Festlegung der Zielwerte/-bereiche sollen insbesondere herangezogen werden:

- ⇒ Zielwerte, die durch Literaturvergleiche, Studienanalysen und ähnliches ermittelt werden,
- ⇒ Best Practice Modelle innerhalb Österreichs,
- ⇒ der alters- und geschlechtsadjustierte Durchschnittswert der österreichischen Krankenanstalten,
- ⇒ Werte, die die deutschen Helioskliniken verwenden.
- ⇒ In besonderen Fällen könnten auch Ereignisse gemessen werden, die in keinem Fall auftreten sollen, (z.B. Todesfall nach Blinddarmoperation), und die in jedem Fall eine weitergehende Analyse nach sich ziehen sollten.

2.1.6 Peer Review Verfahren

(/pɪ ər/ (UK) oder /pɪ r/ (US) /rɪ 'vju:/ (<http://dictionary.cambridge.org>), etwa: „Kollegiale nochmalige Durchsicht“)

Voraussetzungen:

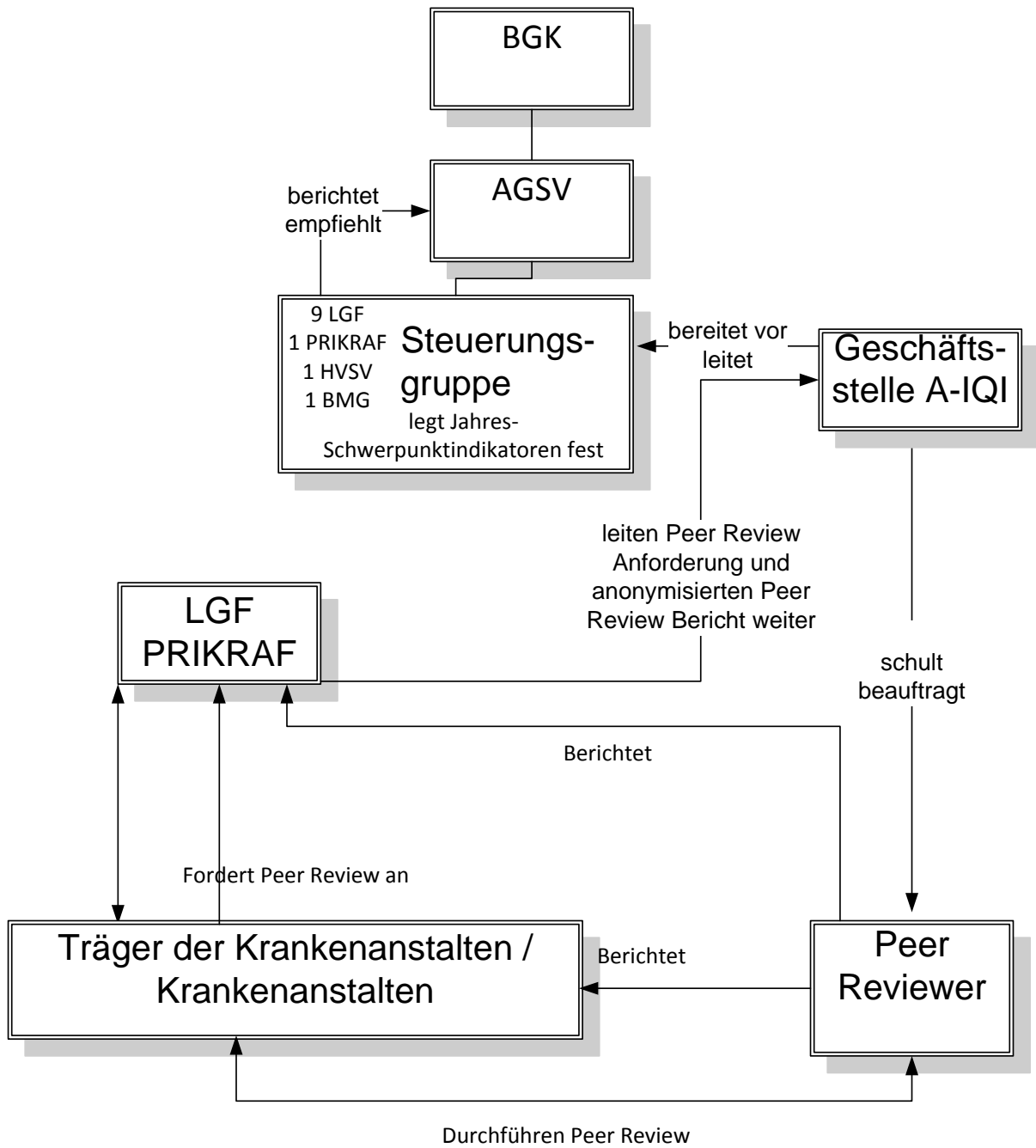
- ⇒ Primarärztinnen und Primärärzte (oder Oberärzte und Oberärztinnen in leitender Funktion in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten)

- ⇒ Ausbildung zum Peer Reviewer
- ⇒ Verpflichtung für zwei Peer Reviews pro Jahr – für mindestens drei Jahre
- ⇒ Zustimmung zur Veröffentlichung des Namens auf der Homepage des BMG

Aufgaben:

- ⇒ Durchführung der Peer Reviews gemäß aktuellem Leitfaden
- ⇒ Erstellung eines Berichtes an Träger und in anonymisierter Form an den jeweiligen Fonds und die Geschäftsstelle A-IQI

2.1.7 Aufbaudiagramm A-IQI



2.2 Ablauf A-IQI Peer Review

2.2.1 Peer Review durch Empfehlung der A-IQI-Steuerungsgruppe

Als Konsequenz von Auffälligkeiten bei Schwerpunktindikatorenerhebungen.

Die Zeit des Peer Reviews gilt als Arbeitszeit und wird vom entsendenden Träger getragen. Die Reisekosten übernimmt jenes Krankenhaus, bei dem das Peer Review-Verfahren durchgeführt wird.

- ⇒ Vorauswahl möglicher Peer Reviews durch die Geschäftsstelle A-IQI und Endabstimmung in der A-IQI-Steuerungsgruppe.
- ⇒ Information des jeweiligen Trägers, Hintergrundinformationen sind im Definitionshandbuch beschrieben.
- ⇒ Der Krankenanstalten-Träger vereinbart einen Termin im von der Geschäftsstelle A-IQI vorgegebenen Zeitrahmen mit dem Leiter des Reviewer-Teams.
- ⇒ Durchführung des Reviews gemäß Standard nach aktuellem Leitfadens Peer Review.
- ⇒ Berichterstattung des Review-Teams an den Träger.
- ⇒ in der Folge Setzen von Verbesserungsmaßnahmen durch den Träger
- ⇒ Review-Bericht auch an den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF und Überprüfung der Maßnahmen, die durch den Träger gesetzt wurden sowie Überprüfung der Verbesserung der Ergebnisse.
- ⇒ Review-Bericht an die Geschäftsstelle A-IQI als Informationsgrundlage für den Qualitätsbericht des Bundes; die Ergebnisse werden dort nach den Festlegungen und Beschluss der A-IQI-Steuerungsgruppe in anonymisierter und aggregierter Form veröffentlicht.
- ⇒ Zusammenfassung der Reviewergebnisse durch die Geschäftsstelle A-IQI hinsichtlich Verbesserungspotentialen und -maßnahmen aller Peer Review Verfahren je Indikator. Die Review Ergebnisse werden als Grundlage für gesamtösterreichische Verbesserungsmaßnahmen verwendet. Die Steuerungsgruppe kann bei Bedarf Empfehlungen an die Unterarbeitsgruppe ÖSG, den LKF-Arbeitskreis und die Unterarbeitsgruppe Qualität weiterleiten.

2.2.2 Peer Review durch Anforderung über einen Träger

- ⇒ Anforderung durch den Träger mittels eines standardisierten Formulars an den zuständigen Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF
- ⇒ Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF leitet Anforderung an die Geschäftsstelle A-IQI weiter.

- ⇒ Geschäftsstelle A-IQI prüft, ob die formalen Erfordernisse eingehalten wurden, bei Bedarf Priorisierung/Reihung.
- ⇒ Transparente Darstellung des Ablaufes und Rückmeldung an den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF, den Träger und an die Krankenanstalt durch die Geschäftsstelle A-IQI.
- ⇒ Geschäftsstelle A-IQI stellt das Peer Review Team plus Zeitrahmen der Abwicklung zusammen und informiert den anfordernden Träger und die Krankenanstalt plus Fonds.
- ⇒ Der Krankenanstalten-Träger vereinbart einen Termin im vorgegebenen Zeitrahmen mit dem Leiter des Reviewer-Teams.
- ⇒ Durchführung des Reviews gemäß Standard nach aktuellem Leitfaden Peer Review.
- ⇒ Berichterstattung des Review-Teams an den Träger,
- ⇒ in der Folge Setzen von Verbesserungsmaßnahmen durch den Träger
- ⇒ Bei "statistisch signifikant auffälligen" Ergebnissen der Schwerpunktindikatoren oder „Sentinel-Ereignissen“ Review-Bericht auch an den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF und anschließende Überprüfung der Maßnahmen, die durch den Träger gesetzt wurden sowie Überprüfung der Verbesserung der Ergebnisse.
- ⇒ Review-Bericht an die Geschäftsstelle A-IQI als Informationsgrundlage für den Qualitätsbericht; die Ergebnisse werden dort nach Beschluss der A-IQI-Steuerungsgruppe in anonymisierter und aggregierter Form veröffentlicht.
- ⇒ Zusammenfassung der Reviewergebnisse durch die Geschäftsstelle A-IQI hinsichtlich Verbesserungspotentiale und -maßnahmen aller Peer Review Verfahren je Indikator. Die Review Ergebnisse werden als Grundlage für gesamtösterreichische Verbesserungsmaßnahmen verwendet.

**Bundesweit einheitliche
Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten**

Austrian Inpatient Quality Indicators

A-IQI

Informationspapier

mit häufig gestellten Fragen (FAQ's)

Stand: 26. Jänner 2012

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesgesundheitskommission
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1030 Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts
"Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten"
Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI**

Projektkoordination:

Dr. Silvia Türk (BMG)

Projektmitarbeit:

Dr. Edgar Hagenbichler (BMG)
Ingrid Rath (BMG)
Mag. Johannes Schimmerl, BA (BMG)

Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte unter Einbeziehung von Unterlagen zum G-IQI 3.1
– German Inpatient Quality Indicators Version 3.1 (Mansky, Thomas et. al.).

Wien, im Jänner 2012

INHALTSVERZEICHNIS

1	HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN ZUM A-IQI-SYSTEM	4
1.1	Allgemein	4
1.1.1	Frage: Was ist A-IQI?	4
1.1.2	Frage: Was ist die gesetzliche Grundlage von A-IQI?	4
1.1.3	Frage: Was ist bisher (Stand Mitte Dezember 2011) im A-IQI-Projekt geschehen?	4
1.1.4	Frage: Wie wird das Projekt A-IQI gesteuert?	5
1.1.5	Frage: Was kann das System?	5
1.1.6	Frage: Was kann das System nicht?	5
1.2	Daten und Indikatoren	6
1.2.1	Frage: Welche Daten werden im A-IQI-Projekt verwendet?	6
1.2.2	Frage: Warum werden für das A-IQI-Projekt Routinedaten aus der LKF Dokumentation verwendet?	6
1.2.3	Frage: Welche Indikatoren werden im A-IQI-System verwendet?	6
1.2.4	Frage: Warum und bei welchen Krankheiten wurde die Mortalität als ein Indikator ausgewählt?	6
1.2.5	Frage: Welche Indikatoren außer der Mortalität werden noch verwendet?	7
1.2.6	Frage: Wie erfolgt die Risikoadjustierung bei den Kennzahlen?	7
1.2.7	Frage: Was passiert bei auffälligen Indikatoren?	8
1.3	Peer Review-Verfahren	10
1.3.1	Frage: Was ist ein Peer Review-Verfahren?	10
1.3.2	Frage: Wann kommt es zu einem Peer Review-Verfahren?	10
1.3.3	Frage: Wie läuft ein Peer Review-Verfahren ab?	10
1.3.4	Frage: Wie wird man Peer Reviewer?	11

1 Häufig gestellte Fragen zum A-IQI-System

1.1 Allgemein

1.1.1 Frage: Was ist A-IQI?

Antwort: A-IQI ist die Abkürzung für Austrian Inpatient Quality Indicators und ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität aus Routinedaten im Krankenhaus. Dabei werden in der Regel für einzelne Krankheitsbilder die tatsächlichen Todesfälle den statistisch zu erwartenden Todesfällen gegenübergestellt. Neben der Mortalität werden jedoch auch Indikatoren für die Intensivhäufigkeit, Komplikationen, Mengeninformation, Operationstechnik und Versorgungsprozesse betrachtet. Durch Selbstanalyse, Fremdanalyse und im kollegialen Dialog (Peer Review-Verfahren) sollen bei statistisch auffälligen Schwerpunktindikatoren qualitätsverbessernde Maßnahmen in den einzelnen Krankenhäusern abgeleitet werden. Das Projekt stellt somit einen Beitrag zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen dar.

1.1.2 Frage: Was ist die gesetzliche Grundlage von A-IQI?

Antwort: A-IQI wurde am 1.4.2011 von der Bundesgesundheitskommission (BGK) als Projekt zur Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten inkl. der Einführung bundesweiter Peer Reviews einstimmig beschlossen. Die gesetzlichen Grundlagen des Projekts sind:

- Gesundheitsqualitätsgesetz 2005
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens
- Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen (BGK-Beschluss Juni 2010)

1.1.3 Frage: Was ist bisher (Stand Mitte Dezember 2011) im A-IQI-Projekt geschehen?

Antwort: Es wurden die Verantwortlichkeiten und die Zugriffsrechte auf die Daten in einem Organisationshandbuch festgelegt. Den Landesgesundheitsfonds und dem PRIKRAF wurden Auswertungen der A-IQI-Kennzahlen auf Basis des Jahres 2010, vorerst für die Schwerpunktindikatoren und später für alle Indikatoren, zur Verfügung gestellt. Außerdem fanden erste Peer Review-Schulungen für die Verantwortlichen in den Landesgesundheitsfonds bzw. des PRIKRAF und für Ärztinnen und Ärzte statt.

1.1.4 Frage: Wie wird das Projekt A-IQI gesteuert?

Antwort: Die A-IQI Steuerungsgruppe besteht aus je einem Vertreter bzw. einer Vertreterin pro Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF, des BMG und des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger. Die Koordinierung der Steuerungsgruppe erfolgt durch das BMG. Die Aufgaben der jeweiligen Systempartner werden im A-IQI Organisationshandbuch dargestellt.

1.1.5 Frage: Was kann das System?

Antwort: Das System stellt im ersten Schritt statistische Auffälligkeiten dar. Dabei werden vor allem die tatsächlichen Todesfälle mit den statistisch zu erwartenden Todesfällen (Zielbereichen) gegenübergestellt. Neben den Mortalitätsindikatoren gibt es auch Prozessindikatoren, die analog dargestellt werden sowie Indikatoren ohne Zielbereiche. Im nächsten Schritt erfolgt auf Ebene des **Landesgesundheitsfonds bzw. des PRIKRAF** eine **Analyse der statistischen Auffälligkeiten** (z.B. Codierungsfehler) der ausgewählten Schwerpunktindikatoren. Sind die Auffälligkeiten in diesem Schritt nicht erklärbar, werden durch ein Zusammenspiel von Selbstanalyse und Fremdanalyse im kollegialen Dialog geeignete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung abgeleitet.

1.1.6 Frage: Was kann das System nicht?

Antwort: Folgendes wird durch das System nicht aufgezeigt:

- Statistische Auffälligkeiten bedeuten **nicht**, dass im Einzelfall ein **Qualitätsmangel** vorhanden sein muss.
- Die Darstellung der Indikatoren ist **keine** perfekte **Abbildung der klinischen Realität**.
- Die Darstellung der Indikatoren ist für sich genommen **keine wissenschaftliche Aussage**.
- Die Darstellung alleine führt **nicht** zu einer **Verbesserung der Qualität**.

1.2 Daten und Indikatoren

1.2.1 Frage: Welche Daten werden im A-IQI-Projekt verwendet?

Antwort: Im A-IQI-Projekt werden aus dem LKF-System erhobene, anonyme Krankenhaus-Routinedaten wie Mortalität, Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten, Diagnosen, Leistungen und Aufenthaltsdauer auf Abteilungen verwendet.

1.2.2 Frage: Warum werden für das A-IQI-Projekt Routinedaten aus der LKF Dokumentation verwendet?

Antwort: Diese Daten werden deshalb verwendet, weil sie vollständig vorhanden sind, keiner zusätzlichen Dokumentation bedürfen und bundesweit vergleichbar sind.

1.2.3 Frage: Welche Indikatoren werden im A-IQI-System verwendet?

Antwort: Im A-IQI-System werden Mortalitätsraten und andere Ergebnis- und Prozessindikatoren verwendet. Im derzeit verwendeten EDV-Programm (Q-DOK 1.0) decken 116 Einzel-Indikatoren aus 34 Krankheitsbereichen (Definitionshandbuch 1.0 inklusive Zusatz für 2011) etwa 25 % der Krankenhaus-Aufenthalte des Jahres 2010 ab. Es handelt sich dabei sowohl um Ergebnisindikatoren als auch um Prozessindikatoren. Prinzipiell werden die Zielbereiche mit drei unterschiedliche Methoden ermittelt. Es sind einerseits **berechnete Bundesdurchschnittswerte** auf der jeweiligen Datenbasis und andererseits in der **Literatur hinterlegte Werte** in Verwendung. Eine **alters- und geschlechtsspezifische Adjustierung** auf das Krankenhaus bezogen wird - dort wo es erforderlich ist - vorgenommen.

1.2.4 Frage: Warum und bei welchen Krankheiten wurde die Mortalität als ein Indikator ausgewählt?

Antwort: Es wird eine Messung der Sterblichkeit **für bestimmte ausgewählte Krankheitsbilder** durchgeführt und **nicht** die wenig aussagekräftige **Gesamt-Krankenhausmortalität** dargestellt. Von den derzeit 116 Einzelindikatoren aus 34 Krankheitsbereichen betreffen 85 Kennzahlen die Sterblichkeit für ausgewählte Krankheitsbilder.

Bei 55 Indikatoren werden als Zielbereiche entweder **Bundesdurchschnittswerte berechnet oder Zielbereiche aus der Literatur bestimmt.**

Betroffene Krankheitsbilder sind – teils altersgruppenspezifisch – beispielsweise Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder Pneumonie.

Bei zusätzlichen 7 Indikatoren – teils ebenfalls aus den oben genannten Bereichen – werden **alters- und geschlechtsadjustierte Erwartungswerte** berechnet. Dies **betrifft Gesamtkennzahlen** bei:

- Herzinfarkt
- Herzinfarkt mit Linksherzkatheter
- Herzinsuffizienz
- Schlaganfall und Hirninfarkt
- Pneumonie
- Schenkelhalsfraktur

Bei 16 der 55 Mortalitäts-Indikatoren handelt es sich um Kennzahlen bei **Low-Risk Eingriffen** (z.B. radikale Prostatektomie, Adipositaschirurgie, Geburten mit Todesfällen der Mutter, etc.) bei denen die Sterblichkeit unter 0,5% der Gesamteingriffe liegt. Bei diesen Todesfällen führt in der Regel daher schon ein einziger Todesfall zu statistischen Auffälligkeiten, die jedoch statistisch nicht signifikant sind. Es handelt sich allerdings um unerwünschte Ereignisse, die eine Beschäftigung mit dem Thema Qualitätsverbesserung auf Krankenhausebene zur Folge haben können.

23 Mortalitäts-Indikatoren sind **ohne Zielwert** angegeben, dazu zählen beispielsweise – teils altersgruppenspezifisch – Indikatoren aus den Bereichen Koronarchirurgie, Herzoperationen oder Aortenklappenoperationen.

1.2.5 Frage: Welche Indikatoren außer der Mortalität werden noch verwendet?

Antwort: Neben der Mortalität werden jedoch auch Indikatoren für die Intensivhäufigkeit, Komplikationen, Mengeninformation, Operationstechnik und Versorgungsprozesse betrachtet.

1.2.6 Frage: Wie erfolgt die Risikoadjustierung bei den Kennzahlen?

Antwort: Das Komplikations- und Sterblichkeitsrisiko der behandelten Patientinnen und Patienten kann unterschiedlich sein. Entscheidende Faktoren sind dabei Begleiterkrankungen, Alter und Geschlecht. Die Art der Behandlung ist bei den hier vorgestellten Indikatoren per definitionem bereits im Indikator berücksichtigt, da die Indikatoren sich grundsätzlich nur auf **bestimmte Krankheiten oder Eingriffe** beziehen (anders als bei generellen Krankenhausindikatoren, die über alle Krankheitsarten berechnet werden).

Insbesondere die Alters- und Geschlechtsverteilung haben einen deutlichen Einfluss auf das Ergebnis und müssen daher auch berücksichtigt werden.

Bei bestimmten Indikatoren wird eine **Adjustierung nach Alter und Geschlecht** vorgenommen. Dafür werden mit der Methode der indirekten Standardisierung alters- und geschlechtsadjustierte Erwartungswerte berechnet (basierend auf geschlechtsspezifischen 5-Jahres-Altersgruppen). Diese Adjustierung erfolgt **hauptsächlich für konservative Erkrankungen**. Die erforderlichen Daten dazu wurden mittels einer Sonderauswertung vom Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG) des Bundes bereitgestellt.

Bei **altersgruppenspezifischen Kennzahlen** (z.B. bei Herzinfarkt, Schlaganfall) werden anstelle von alters- und geschlechtsadjustierten Erwartungswerten die **jeweiligen Bundesdurchschnittswerte** ausgewiesen.

Bei **operativen Krankheitsgruppen** kommt eine **durchgehende Altersstandardisierung nicht zur Anwendung**, da die Thematik der Indikationsstellung damit wegadjustiert würde. Das heißt, wenn eine Krankenanstalt verhältnismäßig häufig Patientinnen und Patienten über 85 Jahren mit einer Hüftendoprothese versorgt und dadurch die Sterblichkeit steigt, würde diese Krankenanstalt bei einer Altersstandardisierung möglicherweise nicht auffallen.

Bei **bestimmten Gruppen von Patientinnen und Patienten** werden die einbezogenen Fälle für die Kennzahlen so definiert, dass sich der Indikator auf eine **vergleichbare Gruppen von Patientinnen und Patienten** bezieht (z.B. werden bei der Cholezystektomie nur gutartige Erkrankungen einbezogen und Eingriffe aufgrund von Karzinomen ausgeschlossen).

Um eine **risikodifferenzierte Betrachtung** zu ermöglichen, werden bei bestimmten Krankheitsbildern oder Behandlungen **Untergruppen ausgewiesen** (z.B. wird bei der Sterblichkeit aufgrund von Linksherzkatheter danach unterschieden, ob ein Herzinfarkt vorgelegen hat oder nicht).

1.2.7 Frage: Was passiert bei auffälligen Indikatoren?

Antwort: Für die Schwerpunktindikatoren werden die statistischen Auffälligkeiten von den Landesgesundheitsfonds bzw. dem PRIKRAF analysiert. Ergibt diese Analyse eine unzureichende Erklärung der statistischen Auf-

fälligkeiten werden die jeweiligen statistischen Auffälligkeiten den Krankenhäusern und Abteilungen zur Selbstanalyse zugeteilt. Bei den Schwerpunktindikatoren ist eine Rückmeldung der Analyseergebnisse an die A-IQI Steuerungsgruppe vorgesehen. Diese kann die Durchführung einer Fremdanalyse mittels des Instrumentes Peer Review-Verfahren empfehlen.

1.3 Peer Review-Verfahren

1.3.1 Frage: Was ist ein Peer Review-Verfahren?

Antwort: Ein Peer Review-Verfahren stellt ein Instrument zur Fremdanalyse im A-IQI Projekt dar. Dabei werden Abteilungen, die unzureichend erklär-
bare statistische Auffälligkeiten aufweisen, von nach bundeseinheitli-
chen Standards ausgebildeten Peer-Reviewer konsultiert. Im kollegia-
len Dialog sollen dabei die Ursachen für die statistischen Auffälligkei-
ten analysiert und geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Er-
gebnisqualität gesucht werden. Die Peer-Reviews haben ausschließlich
Vorschläge für qualitätsverbessernde Maßnahmen zur Folge.

1.3.2 Frage: Wann kommt es zu einem Peer Review-Verfahren?

Antwort: Die Durchführung von Peer-Reviews kann einerseits bei unzureichend
erklärbaren Auffälligkeiten bei Schwerpunktindikatoren durch die A-
IQI-Steuerungsgruppe vorschlagen werden. Andererseits haben die
Krankenhäuser bzw. deren Träger die Möglichkeit, auch selbst bei Be-
darf ein Peer Review-Verfahren (derzeit primär für Schwerpunktindika-
toren) zu beantragen.

1.3.3 Frage: Wie läuft ein Peer Review-Verfahren ab?

Antwort: Das Peer Review-Verfahren läuft in den Schritten Selbstanalyse im
Krankenhaus, Fremdanalyse (mit dazu ausgebildeten Peer Reviewern)
und der Erarbeitung von Vorschlägen für qualitätsverbessernde Maß-
nahmen ab. Nach der durch die Krankenanstalten selbst durchgeführ-
ten Selbstanalyse wird bei der Fremdanalyse in vier Stunden mit ma-
ximal 20 Krankengeschichten eine nochmalige kollegiale Durchsicht vor
Ort durchgeführt. Dabei werden die Fälle, die die Auffälligkeit verur-
sacht haben, von den Peer Reviewern mit den Ärztinnen und Ärzten
der Abteilungen diskutiert, mit der Selbstanalyse verglichen und dann
im kollegialen Dialog mit den Abteilungsleitungen und der ärztlichen
Direktion besprochen. Als Ergebnis wird ein Bericht erstellt, der dem
Krankenhaus zur Verfügung gestellt wird und der die Ergebnisse der
Fremdanalyse und des kollegialen Dialoges sowie der vorgeschlagenen
Verbesserungsmaßnahmen beinhaltet. Die Berichte werden bei
Schwerpunktindikatoren in anonymisierter Form an die Landesge-
sundheitsfonds, den PRIKRAF und an die A-IQI-Geschäftsstelle weiter-
geleitet.

1.3.4 Frage: Wie wird man Peer Reviewer?

Antwort: Bei Peer-Reviewer handelt es sich um Primarärztinnen und Primärärzte (oder um Oberärzte und Oberärztinnen in leitender Funktion in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten), die im Rahmen einer Schulung nach bundesweit einheitlichen Standards geschult werden. Die genauen Anforderungen und Aufgaben der Peer Reviewer sind im A-IQI Organisationshandbuch dargestellt.

**Bundesweit einheitliche
Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten**

Austrian Inpatient Quality Indicators

A-IQI

ORGANISATIONSHANDBUCH

Anlage

**Regeln für Träger von Krankenanstalten
im eingeschränkt autonomen Zuständig-
keitsbereich**

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesgesundheitskommission
c/o Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1030 Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts
"Bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten"
Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI**

A-IQI-Steuerungsgruppe:

Bestehend aus je einem Vertreter aller Landesgesundheitsfonds, des Privatkranken-
anstalten-Finanzierungsfonds, des Hauptverbandes der österreichischen Sozial-
versicherungsträger und des Bundesministeriums für Gesundheit

Projektkoordination:

Dr. Silvia Türk (BMG)

Projektmitarbeit:

Dr. Edgar Hagenbichler (BMG)
Ingrid Rath (BMG)

Wien, im Jänner 2012

INHALTSVERZEICHNIS

1	REGELN ZUR VERWENDUNG DES INSTRUMENTS IM EINGESCHRÄNKT AUTONOMEN ZUSTÄNDIGKEITSBEREICH DER ERGEBNISQUALITÄTSMESSUNG DURCH DIE TRÄGER DER KRANKENANSTALTEN SELBST	4
1.1	Nutzung.....	4
1.2	Hotline	4
1.3	Veröffentlichung	5
2	KONTROLLE UND SANKTIONIERUNG.....	6
2.1	Kontrolle	6
2.2	Sanktionierung	6
2.2.1	Entzug des Nutzungsrechtes des Programms	6
2.2.2	Veröffentlichung über den Entzug des Nutzungsrechtes auf der Homepage des BMG	6

1 Regeln zur Verwendung des Instruments im eingeschränkt autonomen Zuständigkeitsbereich der Ergebnisqualitätsmessung durch die Träger der Krankenanstalten selbst

Vorbemerkung

Es ist vorgesehen, in Zukunft und nach erfolgreicher Einführung und Anwendung des A-IQI-Systems die Kennzahldefinitionen, Zielbereiche der Kennzahlen, die Programmlogik und das Programm selbst öffentlich zugänglich unter einer Creative Commons (CC) Lizenz (d.h. bei Namensnennung des BMG frei, auch kommerziell, verwendbar) zu veröffentlichen- dies ist frühestens ab dem Jahr 2014 der Fall.

Um die Probephase und die Einführung des A-IQI Systems nicht zu gefährden ist höchste Vertraulichkeit der Daten erforderlich. Mindestens bis zum Vorliegen eines Berichtes an die BGK über die Einführung des A-IQI-Systems und somit nicht vor November 2013 dürfen daher keine Kennzahlen aus dem A-IQI-Projekt veröffentlicht und auch nicht indirekt oder allgemein darauf in der Öffentlichkeit (ohne explizite Zustimmung des BMG) Bezug genommen werden.

Den Trägern der Krankenanstalten (kurz: Trägern) wird das EDV-Programm QDok in der jeweils aktuellen Fassung unentgeltlich als Instrument zur Ergebnisqualitätsmessung von der Geschäftsstelle A-IQI zur Verfügung gestellt.

Folgende nachstehende Regeln (Lizenzbedingungen) müssen von den Trägern eingehalten werden:

1.1 Nutzung

Den Trägern wird das Programm QDok unentgeltlich und bis auf Widerruf zur Nutzung überlassen. Die Weitergabe und Vervielfältigung des Programmes innerhalb der Trägerinstitution (Krankenanstalten, Abteilungen) ist gestattet. Auch eine Einbindung in das Krankenhausinformationssystem / KIS ist gestattet, dazu werden analog dem LKF – KDok-Programm geeignete EDV-Werkzeuge künftig zur Verfügung gestellt.

Die Träger werden mit diesem Programm unterstützt und ermuntert, die Methodenarbeit zur Ergebnisqualitätsmessung anzuwenden und weiter zu entwickeln.

1.2 Hotline

Die Träger der Krankenanstalten können sich bei Fragen zur technischen und inhaltlichen Nutzung des QDok an ihren Landesfonds bzw. PRIKRAF wenden. Die Ansprech-

personen der Fonds können bei Bedarf im BMG (technisch: DI Pesec, inhaltlich: Dr. Hagenbichler) Informationen einholen.

1.3 Veröffentlichung

Ohne Zustimmung durch die Geschäftsstelle A-IQI, mindestens bis zum Vorliegen eines Berichtes an die BGK über die Einführung des A-IQI-Systems und somit jedenfalls bis November 2013 dürfen die Krankenanstalten keine Kennzahlen aus dem A-IQI-Projekt veröffentlichen und auch nicht indirekt oder allgemein darauf in der Öffentlichkeit Bezug nehmen.

Insbesondere gilt:

- ⇒ **Kein Marketing mit dem Begriff oder Inhalt A-IQI (Werbung, Ranking, etc.)**
- ⇒ Keine Veröffentlichung von Kennzahlen aus dem A-IQI Projekt
- ⇒ Keine Verwendung von Kennzahlen aus dem A-IQI für Veröffentlichung in wissenschaftlichen Arbeiten (auch nicht von Kennzahlen aus der eigenen Trägerinstitution, wenn auf A-IQI direkt oder indirekt Bezug genommen wird)

2 Kontrolle und Sanktionierung

2.1 Kontrolle

Die Kontrolle über einen Regelverstoß obliegt der Geschäftsstelle A-IQI. Die Fonds haben über einen ihnen bekannt gewordenen Regelverstoß die Geschäftsstelle A-IQI unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

2.2 Sanktionierung

Unbeschadet der gesetzlichen Bestimmungen und Schadenersatzforderungen, die sich aus dem Urheberrecht und dem Copyright ableiten lassen, gilt für Träger, die trotz Abmahnung durch das BMG gegen die Regeln verstoßen:

2.2.1 Entzug des Nutzungsrechtes des Programms

Trägern, die trotz zweimaliger schriftlicher Abmahnung durch die Geschäftsstelle A-IQI gegen die Regeln verstoßen, wird ohne Angabe von weiteren Gründen die Nutzung, Weitergabe und Vervielfältigung des QDok-Programmes untersagt. Es werden auch keine Auswertungen und Informationen zum A-IQI-Projekt den Trägern bereitgestellt. In begründeten Einzelfällen und in Absprache mit der internen Revision des Trägers kann der Entzug des Nutzungsrechtes auf die Krankenanstalt beschränkt werden, deren Mitarbeiter/innen gegen die Regeln verstoßen haben. Der Entzug des Nutzungsrechtes kann zeitlich begrenzt werden.

2.2.2 Veröffentlichung über den Entzug des Nutzungsrechtes auf der Homepage des BMG

Trägern, denen das Nutzungsrecht entzogen wurde, werden auf der Homepage des BMG mit Angabe des Datums des Entzugs, und gegebenenfalls der Einschränkung auf die Krankenanstalt sowie die zeitliche Beschränkung des Entzugs, veröffentlicht.