Zielsteuerung-Gesundheit
Bund • Länder • Sozialversicherung

Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Bericht 2024

Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss im September 2025

Impressum

Fachliche Begleitung durch die Steuerungsgruppe A-IQI und die Themengruppe Qualität.

Erstellt von Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz:
Margarita Amon

Zitiervorschlag:
BMASGPK (2025): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI). Bericht 2024. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, vertreten durch SL Katharina Reich (Sektion VII)

Erscheinungsdatum:
September 2025

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 Versorgung von Patientinnen und Patienten. In 24 Schulungen wurden bisher über 200 Peers für den Einsatz in A-IQI geschult und bis 2024 fanden über 220 Verfahren statt. Für das Jahr 2024 wurden die Jahresschwerpunkte Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Herzchirurgie 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: BMASGPK)

Ausgewählte Indikatorenergebnisse[1] Herzinfarkt, Linksherzkatheter, Herzchirurgie

Herz-infarkt	01.10 Herzinfarkt, Todesfälle	4,97%
	01.43 Transmuraler Herzinfarkt, Todesfälle	7,19%

Linksherz-katheter	03.20 Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Todesfälle	2,97%
	03.30 Diagnostischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	0,54%
	03.40 Therapeutischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	1,49%

Herzchirurgie	07.16 Herzoperationen, Todesfälle	3,35%
	07.21 Chirurgischer Aortenklappenersatz (isoliert), Todesfälle	2,51%
	07.31 Kathetergestützter Aortenklappenersatz, Todesfälle	1,98%
	07.32 Kathetergestützter Mitralklappenersatz, Todesfälle	2,17%
	07.41 Bypass-Operation bei Herzinfarkt, Todesfälle	6,51%
	07.50 Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Todesfälle	1,64%

Herzchirurgie (Register)	1 Performance-Ratio	0,82
	2 Performance-Ratio, isolierte BypassOP	0,73
	3 Performance-Ratio, isolierte AortenklappenOP	1,07
	4 Performance-Ratio, bei elektiven OP	0,61
	5 Rethorakotomie wegen Nachblutung im Krankenhaus	4,94%
	6 Rethorakotomie wegen tiefem Wundinfekt im Krankenhaus	1,33%
	7 Schlaganfallrate (zentralneurologischer Schaden länger 72 Stunden)	1,50%
	8 Verwendung der Arteria thoracica interna	94,98%

Tabelle 1: Ausgewählte Indikatorenergebnisse, Datenjahr 2023 (Datenbasis 2023, LKF und Herzchirurgie-Register)

Ausgewählte Peer-Review-Ergebnisse[2] Herzinfarkt, Linksherzkatheter, Herzchirurgie

- Implementierung eines strukturierten organisierten Heart-Teams in einem Krankenhaus mit Kardiologie und HCH entsprechend den internationalen Guidelines
- Etablierung eines Early Warning Scores, um rechtzeitig auf der Station kritische Patientinnen und Patienten zu detektieren.
- Differenziertes Antibiotika Regime hinsichtlich Prophylaxe und Therapie: Etablierung einer klinisch infektiologischen Betreuung sowohl für die individuelle antibiotische Prophylaxe bei herzchirurgischen Eingriffen als auch bei der postoperativen Therapie auf der Intensivstation, IMCU und Normalstation
- Mit den abschließenden Arztbriefen soll systematisch die Kodierung re-evaluiert und gegebenenfalls die Hauptdiagnose aktualisiert werden.

[1] Die vollständige Datenauswertung ist dem Kapitel 3 zu entnehmen.
[2] Die vollständige Auswertung ist dem Kapitel 3 zu entnehmen.

Fokusthema Early Warning Score

Unabhängig von den jährlich wechselnden Schwerpunkten zeigen die Peer-Review-Verfahren wiederkehrende Themenbereiche, wie etwa die Früherkennung klinischer Verschlechterungen. Das Thema wird mit dem Early Warning Score (EWS) als Fokusthema behandelt. Der EWS ist ein validiertes Instrument zur frühzeitigen Erkennung kritischer Veränderungen bei stationären Patientinnen und Patienten anhand standardisierter Vitalparameter wie Atemfrequenz, Blutdruck, Temperatur oder Bewusstseinslage. Je nach Ausprägung werden Punktwerte vergeben, die klinische Maßnahmen nach definierten Schwellenwerten auslösen. Die erfolgreiche Implementierung erfordert gezielte Schulungen, digitale Unterstützungssysteme sowie klare Eskalationsprotokolle. Herausforderungen bestehen u. a. in der Akzeptanz durch das Personal, in Anwendungsfehlern und bei bestimmten Patientengruppen, für die Standardwerte nicht uneingeschränkt anwendbar sind. Insgesamt zeigt sich der EWS als effektives Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit – vorausgesetzt, er wird durchdacht eingeführt und kontinuierlich begleitet.

Schlüsselwörter

Zielsteuerung-Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Krankenhaus, Qualitätsmessung, Ergebnisqualität, Prozessqualität, Strukturqualität, Versorgungsqualität, Peer-Review-Verfahren, Qualitätsindikatoren, A-IQI, Qualitätsregister, Registerstrategie, Transparenz, Kliniksuche, Qualitätsberichterstattung, LKF, DIAG, Early Warning Score, EWS, NEWS2, Data Management Cockpit, sektorenübergreifende Qualitätsmessung

Inhalte

Abbildungen 6

Tabellen 7

Abkürzungen 8

1 Einleitung und Kurzüberblick 9

2 A-IQI Zyklus 10
2.1 Indikatorenentwicklung (1) 10
2.2 Messung (2) 11
2.3 Peer-Review Verfahren (3) 12
2.4 Monitoring (4) 13
2.5 Transparenz (5) 14

3 Arbeiten 2024: Indikatorenversion und Jahresschwerpunkte 16
3.1 Indikatorenversion 2024 16
3.2 Jahresschwerpunkte Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Herzchirurgie 18
3.2.1 Indikatorenergebnisse 18
3.2.2 Peer-Review-Ergebnisse 21
3.2.3 Feedback 23

4 Fokusthema Early Warning Score 25
4.1 Einführung ins Thema 25
4.2 Implementierung, Barrieren 26

5 Ausblick 2025 29

Literatur 30

Anhang 31

Anhang 1 32

Anhang 2 53

Anhang 3 63

Anhang 4 64

Abbildungen

Abbildung 1: A-IQI Zyklus (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 2
Abbildung 2: Entwicklungsprozess Qualitätsindikatoren (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 10
Abbildung 3: Überblick Auswertungen im A-IQI Projekt (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 11
Abbildung 4: A-IQI Jahresschwerpunkte (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 13
Abbildung 5: Ergebnis-/Maßnahmen-Monitoring (Quelle und Darstellung: BMASGPK)..... 14
Abbildung 6: Feedback Krankenhaus (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 23
Abbildung 7: Feedback Teams (Quelle und Darstellung: BMASGPK)..... 24
Abbildung 8: NEWS2 (Quelle: Royal College of Physicians, Darstellung: BMASGPK) 26

Tabellen

Tabelle 1: Ausgewählte Indikatorenergebnisse, Datenjahr 2023 (Datenbasis 2023, LKF und Herzchirurgie-Register) 3

Tabelle 2: Basisauswertung Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 16

Tabelle 3: Zusatzauswertungen Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 17

Tabelle 4: Qualitätsregister Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 17

Tabelle 5: Indikatorenergebnisse Herzinfarkt (Datenbasis 2023, LKF) 19

Tabelle 6: Indikatorenergebnisse Linksherzkatheter (Datenbasis 2023, LKF) 19

Tabelle 7: Indikatorenergebnisse Herzchirurgie (Basisauswertung) (Datenbasis 2023, LKF) 20

Tabelle 8: Indikatorenergebnisse Herzchirurgie (Qualitätsregister) (Datenbasis 2023, Herzchirurgie-Register) 21

Tabelle 9: Peer-Review-Ergebnisse (Quelle und Darstellung: BMASGPK) 22

Abkürzungen

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
BD	Bundesdurchschnitt
BM	Mindestfallzahl aus Österreichischem Strukturplan Gesundheit
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CH-IQI	Swiss Inpatient Quality Indicators
CI	Konfidenzintervall
EW	Erwartungswert
EWS	Early Waning Score
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HCH	Herzchirurgie
IQI	Inpatient Quality Indicators
KA (auff.)	Krankenanstalt (auffällig)
k.A.	keine Angabe
LHK	Linksherzkatheter
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NEWS2	National Early Warning Score 2
NIH	National Institute of Health
n.v.	nicht vorhanden
Ö	Österreich
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 und Kurzüberblick

Der vorliegende Bericht umfasst 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 2024: Indikatorenversion 2024, Analyse der Jahresschwerpunkte 2024 (Kapitel 3),
- das diesjährige Fokusthemas – Early Warning Score (Kapitel 4) und
- einen Ausblick auf die zukünftigen Arbeiten (Kapitel 5).

Die österreichweite Ausrollung des Projekts A-IQI 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: Basisauswertung, Zusatzauswertungen, bundesweite Qualitätsregister und Analysen zur Versorgungsdichte.

Peer-Review-Verfahren: Analyse-Instrument im A-IQI System; strukturiertes, systematisches Verfahren basierend auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse durch geschulte Teams; Identifizierung von Optimierungspotential

Berichtslegung erfolgt auf 2 Ebenen: jährliche Erarbeitung eines A-IQI Berichts; www.kliniksuche.at.

A-IQI Steuerungsgruppe:

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

Wissenschaftlicher Beirat:

- Besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Landesgesundheitsfonds, Krankenanstaltenträger, Krankenanstalten (KA) und des BMASGPK
- Entwicklung und Weiterentwicklung von Indikatoren in enger Zusammenarbeit mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften

Die organisatorische Verantwortung für das A-IQI-System liegt im BMASGPK in der Abteilung für Qualität im Gesundheitssystem und Gesundheitssystemforschung. Das BMASGPK leitet sowohl die Steuerungsgruppe als auch den Wissenschaftlichen Beirat und übernimmt zentrale operative Aufgaben innerhalb des Systems.

2 A-IQI Zyklus

Die laufenden und wiederkehrenden Arbeiten im Projekt A-IQI erfolgen in einem jährlichen Zyklus entlang von fünf zentralen Kategorien: Indikatorenentwicklung (1), Messung (2), Peer-Review-Verfahren (3), Monitoring (4) und Transparenz (5). Diese Kategorien bauen systematisch aufeinander auf und wiederholen sich jährlich. Die wesentlichen Arbeitsschritte und Inhalte jeder Kategorie werden in den folgenden Unterkapiteln beschrieben.

2.1 Indikatorenentwicklung (1)

Das A-IQI-Indikatorenset wird laufend angepasst und jährlich – üblicherweise bis Ende Q3 – in einer neuen Version veröffentlicht. Basis sind:

- Ergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats,
- Rückmeldungen über den standardisierten Rückmeldebogen,
- relevante Änderungen im LKF-System sowie
- das internationale G-IQI-Indikatorenset.

Nationale Entwicklung: Der Wissenschaftliche Beirat A-IQI entwickelt bestehende Indikatoren weiter und formuliert neue – in enger Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften. Die A-IQI Steuerungsgruppe definiert dafür jährlich ein Arbeitsprogramm. Die definierte Arbeitsweise bzgl. der Überarbeitung des Indikatorensets beinhaltet einen standardisierten Entwicklungsprozess sowie eine Bewertung neuer Indikatoren (vgl. Abb. 2). Neue Indikatoren werden im Zuge der „Einschleifphase" zunächst markiert ausgewertet. Innerhalb eines Jahres erfolgt eine vertiefte Analyse (Definitionen, Kodierung, Zielwerte). Erst danach werden die Kennzahlen verbindlich festgelegt.

Abbildung 2: Entwicklungsprozess Qualitätsindikatoren (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

Nach Abschluss der jeweiligen Jahresschwerpunkte werden die zugehörigen Indikatoren kritisch geprüft, um Erkenntnisse aus Peer-Reviews zu integrieren und gezielt weiterzuentwickeln. Diese Nachbereitung ist ein fester Bestandteil der jährlichen Arbeitsplanung.

Internationale Einbindung: Die Weiterentwicklung des G-IQI-Indikatorensets erfolgt über den Verein Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und die Technische Universität Berlin. Das aktualisierte G-IQI-Set wird jährlich in die A-IQI Version integriert. Über IQM-Gremien können sich auch Österreich und die Schweiz aktiv in die internationale Entwicklung einbringen.

2.2 Messung (2)

Die Auswertungen in A-IQI umfassen 4 Auswerteschienen (vgl. Abb. 3) und unterscheiden sich hinsichtlich **Datengrundlage** und **Beobachtungszeitraum**.

Abbildung 3: Überblick Auswertungen im A-IQI Projekt (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

Die Basisauswertung fußt auf dem LKF-Basisdatensatz der Diagnosen- und Leistungsdokumentation und bezieht sich auf einzelne stationäre Aufenthalte. Die Auswertung erfolgt mithilfe des IT-Tools QDok und umfasst aktuell 430 Kennzahlen in 54 Themenfeldern, etwa zu Herzinsuffizienz, Dickdarmchirurgie, Intensivmedizin oder Mindestmengen. Ergänzend werden sechs Zusatzauswertungen berechnet, die ebenfalls auf LKF-Daten beruhen, jedoch überwiegend aufenthaltsübergreifende, pseudonymisierte Patientenkarrieren nutzen, um längere Beobachtungszeiträume (z. B. Wiederaufnahmen oder Revisionsraten) abzubilden. Zusätzlich analysieren sechs Auswertungen zur Versorgungsdichte mögliche Über-, Unter- oder Fehlversorgungen auf Krankenanstalten- und Bezirksebene. Die drei Qualitätsregister beruhen als einzige Auswertungen nicht auf LKF-Daten, sondern auf Eingaben der Krankenanstalten in eigene Dokumentationssysteme oder GÖG-Webapplikationen.

Es werden neun Typen von Qualitätsindikatoren gemessen, darunter beispielsweise Sterblichkeit, Intensivbehandlungen, Komplikationen und Versorgungsprozesse. Ergänzend dazu lassen sich drei Kategorien von Indikatoren unterscheiden:

1. Indikatoren mit Zielbereich,
2. Sentinel-Ereignisse bzw. Mindestmengenindikatoren sowie
3. reine Informationsindikatoren.

Indikatoren mit Zielbereich werden anhand eines Ampelsystems bewertet. Die Bewertung erfolgt auf Grundlage von Vergleichswerten wie dem Bundesdurchschnitt, risikoadjustierten Erwartungswerten oder Literaturangaben.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Indikatoren sind in den jeweiligen Indikatorenbeschreibungen nachzulesen. Die Ergebnisse zu den Jahresschwerpunkten Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Herzchirurgie sind in Kapitel 3 dargestellt. Eine vollständige Übersicht aller Indikatorenergebnisse befindet sich im Anhang.

2.3 Peer-Review Verfahren (3)

Das Peer-Review-Verfahren (PRV) zielt auf die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten ab und fokussiert auf die Erarbeitung von Lösungen. Es basiert auf der retrospektiven Analyse von Krankengeschichten und folgt einem strukturierten Ablauf. In über 220 Verfahren wurden bisher mehr als 3.500 Fälle durch geschulte Peers bewertet. Die Themen orientieren sich an jährlich festgelegten Schwerpunkten der A-IQI Steuerungsgruppe. Ein Überblick über alle bisherigen Jahresschwerpunkte bis 2026 ist der folgenden Abbildung zu entnehmen.

Das Verfahren gliedert sich in drei Phasen: Selbstbewertung, Fremdbewertung und Feedback. In Phase 1 bereitet das Krankenhaus die Fälle auf und bewertet sie selbst anhand definierter Kriterien. Phase 2 findet vor Ort statt (ca. 7 Stunden) und umfasst die Fallanalyse durch das Peer-Team, einen kollegialen Dialog mit Primarärzt:innen sowie ein Abschlussgespräch mit der ärztlichen Direktion, dem Qualitätsmanagement, dem Träger und dem Gesundheitsfonds (optional auch der Pflegedirektion und der Verwaltungsleitung). Die Fallanalyse berücksichtigt Diagnostik, Therapie, Prozesse und Dokumentation, bewertet anhand von sieben Analysekriterien.

In Phase 3 dokumentiert das Peer-Team die Ergebnisse in einem Protokoll. Krankenhaus und Peers geben zur Weiterentwicklung des Verfahrens Feedback anhand von webbasierten Fragebögen. Der Umsetzungsstand des Maßnahmenplans wird jährlich im Monitoring überprüft (vgl. Kapitel 2.4).

Die Peer-Review-Ergebnisse zu den Jahresschwerpunkten Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Herzchirurgie sind in Kapitel 3 dargestellt.

Abbildung 4: A-IQI Jahresschwerpunkte (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

2.4 Monitoring (4)

Dieses Unterkapitel behandelt das Monitoring im A-IQI-Projekt – die vorletzte Phase im A-IQI-Zyklus. Ziel des Monitorings ist es, die Nachhaltigkeit der im Peer-Review-Verfahren (PRV) angestoßenen Verbesserungen sicherzustellen. Es findet nach jedem PRV statt (jährlich, maximal drei Durchläufe pro Verfahren) und gliedert sich in zwei Teile:

- Ergebnis-Monitoring: Beobachtung der Entwicklung der relevanten Qualitätsindikatoren (PRV-Tracer) über mehrere Jahre – bleibt z. B. eine „rote Ampel“ bestehen?
- Maßnahmen-Monitoring: Bewertung des Umsetzungsstands der im PRV empfohlenen Maßnahmen anhand von Rückmeldungen aus den Krankenanstalten.

Die Maßnahmen werden aus dem PRV-Protokoll extrahiert, inklusive Zeitrahmen und Verantwortlichkeiten. Die Einschätzung der Umsetzung erfolgt durch die verantwortlichen Personen im Krankenhaus und wird zur Qualitätssicherung abschließend durch den Gesundheitsfonds bewertet. Die Erhebung erfolgt mittels eines standardisierten Monitoring-Formulars, das vom BMASGPK erstellt, und über die Gesundheitsfonds verteilt wird. Es enthält die einzelnen Maßnahmen, deren Umsetzung anzugeben ist (vgl. Abb. 5) als auch die betreffenden Indikatorenergebnisse.

offen	• Umsetzung geplant • Angaben: Aus welchen Gründen noch offen? Weiteres Vorgehen, Zeithorizont?
in Arbeit	• Umsetzung in Arbeit • Angaben: Stand der Umsetzungsarbeiten? Weiteres Vorgehen, Zeithorizont?
nur teilweise umgesetzt	• Umsetzung abgeschlossen, nur teilweise umgesetzt: • Angaben: Aus welchen Gründen wurde nicht zur Gänze umgesetzt? Was wurde umgesetzt (wie erfolgte die praktische Umsetzung), was nicht?
umgesetzt	• Umsetzung abgeschlossen: • Angaben: Wie erfolgte die praktische Umsetzung?
nicht umgesetzt	• Umsetzung nicht vorgesehen: • Angaben: Weshalb erfolgt keine Umsetzung?

Abbildung 5: Ergebnis-/Maßnahmen-Monitoring (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

2.5 Transparenz (5)

Der Zugang zu relevanten Qualitätsdaten soll die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung steigern und eine aktive Beteiligung an der Entscheidungsfindung betreffend den eigenen Gesundheitszustand oder der Behandlung von Erkrankungen ermöglichen. Die Erhöhung der Transparenz ist ein zentrales Ziel in vielen relevanten Gesetzen und Strategien, etwa im Zielsteuerungsvertrag 2024-2028 oder der Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Trotz bestehender Projekte forderten 2023 rund 90 % der Befragten in der Evaluation der Qualitätsstrategie mehr Transparenzmaßnahmen.

Im A-IQI-Zyklus gelten **Kliniksuche.at** und der **A-IQI Bericht** als zentrale Instrumente zur Förderung von Transparenz. Kliniksuche.at wurde entwickelt, um sowohl Patientinnen und Patienten als auch Gesundheitsdiensteanbieter:innen zu informieren und zur Auseinandersetzung mit Qualitätsthemen anzuregen.

In Kliniksuche.at fließen folgende Daten ein: Routinedaten (LKF), Qualitätsberichterstattung, webbasierte Strukturdatenbank (ehem. Spitalskompass). Abrufbar sind Informationen in drei Hauptkategorien:

- Leistungen & Diagnosen: 51 Leistungen in 8 Themengebieten (Parameter: Fallzahlen, Aufenthaltsdauer, OP-Technik, Tagesklinik-Anteil, allgemeine Qualitätskriterien)
- Krankenhäuser: Infos zu Kontaktdaten, Leitung, Besuchszeiten, medizinischem Angebot, Hotelkomponente, Geburtshilfe

- Abteilungen & Ambulanzen: Nach Fachrichtung filterbar, inkl. Daten zu Leitung, Besuchszeiten, Betten, Leistungen und Öffnungszeiten

Zusammenhang mit Peer-Review-Verfahren: Nach Abschluss eines Jahresschwerpunkts im „Peer-Review-Follow-Up“ wird das Thema im Rahmen des Wissenschaftlichen Beirats diskutiert und – bei Relevanz – für eine Veröffentlichung auf Kliniksuche.at aufbereitet. Die Entwicklung erfolgt gemeinsam mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften. Auch Nutzerrückmeldungen über häufig gesuchte Themen fließen in die Weiterentwicklung ein.

2025 ist eine umfassende Evaluierung von Inhalt und Design der Plattform vorgesehen.

3 Arbeiten 2024: Indikatorenversion und Jahresschwerpunkte

Aufbauend auf den in Kapitel 2 beschriebenen jährlich wiederkehrenden Tätigkeiten im A-IQI-Projekt werden in diesem Kapitel die spezifischen Arbeiten des Jahres 2024 zur Weiterentwicklung der Indikatorenversion und zu den Jahresschwerpunkten dargestellt.

3.1 Indikatorenversion 2024

Eine detaillierte Übersicht zu den einzelnen Auswertungsänderungen findet sich in den folgenden 3 Tabellen. Die angeführten Modifikationen wurden im Wissenschaftlichen Beirat erarbeitet.

Kapitel	Indikator	Änderung
Schlaganfall	09.15 Schlaganfall, Todesfälle (Frauen) 09.16 Schlaganfall, Todesfälle (Männer) 09.30 Hirninfarkt, rekanalisierende Therapie in Summe 09.31 Hirninfarkt, rekanalisierende Therapie in Summe (Frauen) 09.32 Hirninfarkt, rekanalisierende Therapie in Summe (Männer)	neue Indikatoren
Cholezystektomie	16.10 Cholezystektomien, offene OP 16.60 Laparoskopische Cholezystektomien, Umsteiger	entfernte Indikatoren
Geburten	Sectiorate 28.30-28.34 28.35 Sectiorate zwischen 35 und 42 vollendete SSW	Einschleifphase beendet neuer Indikator
Hüft-/Knieprothese Revision	34.10 Hüftendoprothesen-Revisionen, Todesfälle 36.10 Knieendoprothesen-Revisionen, Todesfälle	Modifikationen (Zielbereich)
Transfusionen, Patient Blood Management	51.10-51.23	Einschleifphase beendet

Tabelle 2: Basisauswertung Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

Zusatzauswertung	Indikator	Änderung
Geburtshilfe	03.21 Sectiorate zwischen 35 und 42 vollendete SSW 04.20 Resektionen der Mamma bei Brustkrebs mit adjuvanter Chemotherapie, Chemotherapiestart < 6 Wochen nach OP 04.30 Resektionen der Mamma bei Brustkrebs mit adjuvanter Chemotherapie, Strahlentherapiestart < 6 Monate nach OP 04.40 Resektionen der Mamma bei Brustkrebs ohne adjuvante Chemotherapie, Strahlentherapiestart < 12 Wochen nach OP 04.50 Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, neoadjuvante Chemotherapie 04.51 Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, adjuvante Chemotherapie 04.60 Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Männer	neue Indikatoren

Zusatzauswertung	Indikator	Änderung
Prothesen Revisionen	03.80 Hüftendoprothesen (2015), Revisionsrate (innerhalb 96 Monate) 03.81 Hüftendoprothesen (2015), Revisionen (innerhalb 96 Monate) in der eigenen Krankenanstalt 03.82 Hüftendoprothesen (2015), Revisionen (innerhalb 96 Monate) in einer anderen Krankenanstalt 04.80 Knieendoprothesen (2015), Revisionsrate (innerhalb 96 Monate) 04.81 Knieendoprothesen (2015), Revisionen (innerhalb 96 Monate) in der eigenen Krankenanstalt 04.82 Knieendoprothesen (2015), Revisionen (innerhalb 96 Monate) in einer anderen Krankenanstalt	neue Indikatoren
HNO	03.50 Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Endoskopische Blutstillung einer Nachblutung Re-OP-Indikatoren	neuer Indikator Re-OP am gleichen Kalendertag mitberücksichtigt

Tabelle 3: Zusatzauswertungen Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

Qualitätsregister	Indikator	Änderung
Stroke	1 Zeitraum Ereignis bis KH-Aufnahme <= 3 h 2 Median NIHSS bei Aufnahme 5a Door to Needle Time <= 60 Min. (Patientinnen) 5b Door to Needle Time <= 60 Min. (Patienten) 6a Lyserate ausgewählte Patientinnen 6b Lyserate ausgewählte Patienten 12 Erfolgsquote standardisiert nach Schweregrad (alle Patientinnen / Patienten) 12a Erfolgsquote standardisiert nach Schweregrad (alle Patientinnen) 12b Erfolgsquote standardisiert nach Schweregrad (alle Patienten) neues genderspezifisches Tabellenblatt: alle Indikatoren von 1-17 in a) weiblich und b) männlich	neue Indikatoren

Tabelle 4: Qualitätsregister Modifikationen (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

3.2 Jahresschwerpunkte Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Herzchirurgie

Das Indikatorenset zu den drei Jahresschwerpunkten Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Herzchirurgie umfasst insgesamt 61 Qualitätsindikatoren. Zwischen Mai 2024 und Juni 2025 wurden insgesamt 15 Peer-Review-Verfahren in acht Bundesländern durchgeführt, davon 8 zu den Jahresschwerpunkten. Die folgenden drei Unterkapitel präsentieren die bundesweiten Ergebnisse.

3.2.1 Indikatorenergebnisse

In diesem Unterkapitel werden die Indikatorenergebnisse aus den drei Jahresschwerpunkten mit Datenbasis 2023 präsentiert. Zu einzelnen Kennzahlen wird auch ein Vergleich zu Deutschland (G-IQI)[3] und der Schweiz (CH-IQI)[4] hergestellt.

Der Jahresschwerpunkt Herzinfarkt umfasst – wie in der folgenden Tabelle dargestellt – 17 Qualitätsindikatoren, die sowohl Sterblichkeit als auch Aspekte der medizinischen Versorgung abbilden. Die Kennzahlen sind entweder mit einem Erwartungswert (risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht) als Zielbereich hinterlegt oder werden rein informativ, ohne Zielbereich, ausgewiesen. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 15.396 Fälle mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt in 124 Krankenanstalten behandelt. Die stationäre Sterblichkeit betrug 4,97 % (Deutschland bei 8,2 %, Schweiz 4,0 %). Die Mortalität ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. In neun Krankenanstalten zeigte sich eine statistisch signifikante Auffälligkeit (rote Ampel).

Zusätzlich wird eine Teilmenge der Fälle separat ausgewiesen: Bei 6.707 Patientinnen und Patienten mit transmuralem Infarkt lag die Sterblichkeit bei 7,19 %. In 36,80 % aller Herzinfarkt-Fälle (ohne Transferierung) kam keine spezifische Therapie wie ein Linksherzkatheter oder eine Koronar-Operation zur Anwendung.

Indikator Herzinfarkt	Ziel-wert	Ergeb-nis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auf-fällig
01.10 Herzinfarkt, Todesfälle	< (EW)	4,97%	765	15.396	124	9
01.11 Herzinfarkt, Alter 20-44, Todesfälle	< (EW)	1,94%	12	617	76	3
01.12 Herzinfarkt, Alter 45-64, Todesfälle	< (EW)	2,15%	128	5.941	111	4
01.13 Herzinfarkt, Alter 65-84, Todesfälle	< (EW)	5,09%	374	7.353	114	7
01.14 Herzinfarkt, Alter >= 85, Todesfälle	< (EW)	16,90%	251	1.485	109	6
01.20 Herzinfarkt, Fälle ohne Linksherzkatheter		40,82%	6.285	15.396	124	
01.21 Herzinfarkt ohne Zutransferierung, Fälle ohne Linksherzkatheter		37,02%	4.368	11.798	118	
01.22 Herzinfarkt Zutransferierungen, Fälle ohne Linksherzkatheter		53,28%	1.917	3.598	108	

[3] G-IQI – German Inpatient Quality Indicators Version 5.5 (Datenjahr 2022)

[4] CH-IQI – Swiss Inpatient Quality Indicators 5.4 (Datenjahr 2023)

01.23 Herzinfarkt ohne Zutransferierung, Fälle ohne LHK oder Koronar-OP		36,80%	4.342	11.798	118	
01.31 Herzinfarkt Direktaufnahmen ohne Transfer, Todesfälle		8,91%	677	7.598	113	
01.32 Herzinfarkt Zutransferierungen, Todesfälle		2,45%	88	3.598	108	
01.33 Herzinfarkt mit Reanimation, Todesfälle		18,83%	29	154	38	
01.41 Akuter Herzinfarkt, nicht näher bezeichnete akute Infarktformen		0,78%	120	15.379	124	
01.42 Akuter Herzinfarkt, transmuraler Herzinfarkt		43,61%	6.707	15.379	124	
01.43 Transmuraler Herzinfarkt, Todesfälle	< (EW)	7,19%	482	6.707	115	6
01.44 Nichttransmuraler Herzinfarkt (NSTEMI), Todesfälle		3,05%	261	8.552	118	
01.50 Herzinfarkt Zusatzdiagnose, Todesfälle		13,66%	808	5.914	138	

Tabelle 5: Indikatorenergebnisse Herzinfarkt (Datenbasis 2023, LKF)

Die 13 Kennzahlen im Bereich **Linksherzkatheter** (LHK) decken Todesfälle, Versorgungsaspekte und Mengeninformationen ab. Als Zielwert dient der Erwartungswert und auch der Bundesdurchschnitt (BD). 2023 wurden 55.469 LHK mit Koronardiagnostik/-intervention durchgeführt. Davon wurden 8.868 Fälle mit LHK bei Herzinfarkt erbracht. Die Sterblichkeit lag bei 2,97 % (Deutschland 5,0 %, Schweiz 3,0 %). LHK ohne Herzinfarkt werden in diagnostisch und therapeutisch getrennt ausgewertet. Die Sterblichkeit liegt bei den diagnostischen LHK bei 0,54 % bzw. 1,49 % bei den therapeutischen LHK.

Indikator Linksherzkatheter	Zielwert	Ergebnis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auffällig
03.10 Linksherzkatheter mit Koronardiagnostik/-intervention		55.469		55.469	70	
03.20 Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Todesfälle	< (EW)	2,97%	263	8.868	57	4
03.21 Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 20-44, Todesfälle	< (EW)	0,76%	3	397	31	2
03.22 Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 45-64, Todesfälle	< (EW)	1,59%	60	3.776	44	1
03.23 Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 65-84, Todesfälle	< (EW)	3,71%	155	4.182	50	2
03.24 Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter >= 85, Todesfälle	< (EW)	8,77%	45	513	38	
03.25 Linksherzkatheter bei Herzinfarkt Zutransferierungen, Todesfälle		1,73%	28	1.621	34	
03.30 Diagnostischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	< (BD)	0,54%	167	30.940	64	4
03.31 Diagnostischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt) Zutransferierungen, Todesfälle		1,32%	16	1.212	37	
03.40 Therapeutischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	< (BD)	1,49%	204	13.684	51	4
03.41 Therapeutischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt) Zutransferierungen, Todesfälle		4,11%	23	559	34	
03.51 Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, diagnostischer Katheter		69,33%	30.940	44.624	66	
03.52 Linksherzkatheter bei Kindern und Jugendlichen		306		306	17	

Tabelle 6: Indikatorenergebnisse Linksherzkatheter (Datenbasis 2023, LKF)

Die 23 Kennzahlen zur **Herzchirurgie** umfassen Angaben zu Fallzahlen, Mortalität und Versorgungsaspekten. Die Sterblichkeit wird sowohl für alle Herzoperationen insgesamt als auch differenziert nach Aortenklappenersatz und Bypass-Operationen (mit und ohne Herzinfarkt) ausgewiesen.

Von insgesamt 8.370 dokumentierten herzchirurgischen Eingriffen betrug die Mortalität 3,35%. Beim chirurgischen Aortenklappenersatz lag die Sterblichkeit bei 2,51%.

Für 261 Fälle mit Bypass-Operationen bei Herzinfarkt wurde eine Mortalität von 6,51 % erfasst (Deutschland 5,2 %, Schweiz 1,7 %). Bei den 2.016 dokumentierten Bypass-Operationen ohne Herzinfarkt betrug die Sterblichkeit 1,64 % (Deutschland 1,9 %, Schweiz 0,7 %).

Indikator Herzchirurgie (Basisauswertung)	Ziel-wert	Ergeb-nis	Zähler	Nenner	Anzahl KA	KA auf-fällig
07.10 Herzoperationen insgesamt		8.886		8.886	19	
07.11 Klappenersatz		5.712		5.712	18	
07.12 Bypass-Operation		3.108		3.108	11	
07.13 Andere Operationen am Herzen		1.142		1.142	12	
07.14 Kombinierte Herzoperationen		1.024		1.024	13	
07.15 Herzoperationen bei Kindern und Jugendlichen		516		516	7	
07.16 Herzoperationen, Todesfälle		3,35%	280	8.370	18	
07.20 Chirurgischer Aortenklappenersatz		1.432		1.432	10	
07.21 Chirurgischer Aortenklappenersatz (isoliert), Todesfälle	< (BD)	2,51%	18	717	10	
07.22 Chirurgischer Aortenklappenersatz mit Mitralklappenersatz, Todesfälle		11,76%	12	102	9	
07.23 Chirurgischer Aortenklappenersatz mit anderer Herz-OP, Todesfälle		4,24%	26	613	10	
07.31 Kathetergestützter Aortenklappenersatz, Todesfälle		1,98%	44	2.219	12	
07.32 Kathetergestützter Mitralklappenersatz, Todesfälle		2,17%	9	414	14	
07.41 Bypass-Operation bei Herzinfarkt, Todesfälle	< (EW)	6,51%	17	261	10	
07.50 Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Todesfälle	< (EW)	1,64%	33	2.016	11	1
07.51 Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 20-49, Todesfälle	< (EW)	1,30%	1	77	10	1
07.52 Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 50-59, Todesfälle	< (EW)	0,26%	1	380	10	1
07.53 Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 60-69, Todesfälle	< (EW)	1,66%	13	784	9	
07.54 Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 70-79, Todesfälle	< (EW)	2,12%	14	660	10	1
07.55 Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter >= 80, Todesfälle	< (EW)	3,48%	4	115	9	1
07.61 Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Beatmung > 2 Tage		32,59%	657	2.016	11	
07.62 Bypass-Operation, Herzinfarkt		11,46%	261	2.277	11	
07.63 Bypass-Operation mit anderen Herz-OP, Todesfälle		7,83%	65	830	11	

Tabelle 7: Indikatorenergebnisse Herzchirurgie (Basisauswertung) (Datenbasis 2023, LKF)

Im **Register für Erwachsenen-Herzchirurgie** werden alle definierten herzchirurgischen Eingriffe bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (Alter > 18 Jahre) an den neun herzchirurgischen Zentren erfasst. In den 8 Kennzahlen kommen folgende Indikatortypen zur Anwendung: Mortalität, Komplikationen und Operationstechnik.

Die Performance-Ratio wird für mehrere Entitäten ausgewiesen und beschreibt das Verhältnis der tatsächlichen zur erwarteten Mortalitätsrate – risikoadjustiert nach dem EuroSCORE II. Der Erwartungswert (EW) beträgt 1. Die isolierte Aortenklappenoperation weist mit einem Wert von 1,07 als einzige Gruppe eine über dem Erwartungswert liegende Mortalitätsrate auf.

Komplikationen wie Re-Thorakotomien und Schlaganfälle werden mit dem Bundesdurchschnitt als Referenzbereich dargestellt.

Als Indikator für die Operationstechnik wird bei isolierten Bypass-Operationen der Anteil der Eingriffe gemessen, bei denen die innere Brustwandarterie als Bypass-Gefäß verwendet wurde.

Indikator Herzchirurgie (Qualitätsregister)	Ziel-wert	Ergeb-nis	Zähler	Nenner
1 Performance-Ratio	< (EW)	0,82	3,65	4,44
2 Performance-Ratio, isolierte BypassOP	< (EW)	0,73	1,80	2,47
3 Performance-Ratio, isolierte AortenklappenOP	< (EW)	1,07	3,35	3,13
4 Performance-Ratio, bei elektiven OP	< (EW)	0,61	1,76	2,89
5 Rethorakotomie wegen Nachblutung im Krankenhaus	< (BD)	4,94%	317	6.414
6 Rethorakotomie wegen tiefem Wundinfekt im Krankenhaus	< (BD)	1,33%	85	6.414
7 Schlaganfallrate (zentralneurologischer Schaden länger 72 Stunden)	< (BD)	1,50%	96	6.414
8 Verwendung der Arteria thoracica interna	> 90%	94,98%	2.101	2.212

Tabelle 8: Indikatorenergebnisse Herzchirurgie (Qualitätsregister) (Datenbasis 2023, Herzchirurgie-Register)

3.2.2 Peer-Review-Ergebnisse

In der PRV-Periode 2024 fanden insgesamt 15 Peer-Review-Verfahren statt:

- Herzinfarkt: 1
- Linksherzkatheter: 1
- Herzchirurgie: 2
- Herzinfarkt/Linksherzkatheter: 3
- Herzinfarkt/Linksherzkatheter/Herzchirurgie: 1
- schwerpunktunabhängige Verfahren: 7 (1 Verfahren aus 2023, 1 Re-Verfahren).

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

In den 8 Verfahren zu den Jahresschwerpunkten wurden 163 Fälle von Peers aus den Fachbereichen Innere Medizin, Herzchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin analysiert. Insgesamt waren 29 Peers im Einsatz. Das Verbesserungspotential lag bei 31 % der Fälle (Bewertung in Kategorie 1). In 80 % der Fälle stimmte die Selbstbewertung mit der Fremdbewertung überein (Bewertung in der gleichen Kategorie – 1, 2 oder 3).

Die Detailergebnisse sind in der folgenden Tabelle zu finden.

Strukturen	Implementierung eines strukturierten organisierten Heart-Teams in einem Krankenhaus mit Kardiologie und Herzchirurgie entsprechend den internationalen Guidelines
	KA mit Schwerpunkt Herz-/Gefäßchirurgie: adäquate und zeitgleiche Interventionsmöglichkeit in einem Herzkatheterlabor notwendig. (Ausdehnung der Eingriffszeiten, mittelfristig Etablierung einer RB 24/7)
	KA mit Schwerpunkt Gefäßchirurgie (überregionales Aortenzentrum) und Viszeralchirurgie: Verfügbarkeit einer interventionellen Radiologie 24/7 zu fordern (Ausdehnung der Versorgungszeiten, Beginn einer Etablierung eines radiologisch interventionellen Teams, mittelfristig Etablierung einer Rufbereitschaft 24/7)
	Intensiv- bzw. intermediäre Überwachungskapazität (interdisz. IMCU) ausweiten, adäquate Betreuung angesichts des Versorgungsauftrags kaum zu gewährleisten
	Verzögerung von dringlichen Eingriffen auf Grund von Kapazitätsmängel bei Vorhandensein von freien OP-Kapazitäten: Rekrutierung von Personal im speziellen von Pflegekräften (aktuell schwierig)
	Entscheidung zur (teilweise umfassenden) Intervention auch bei instabilen Pat. statt Koronararterien-Bypass diskutierbar. Hier handelt es sich allerdings um ein Systemproblem aufgrund fehlender Kapazitäten im herzchirurgischen Bereich: Kapazitätserweiterung, ggf. Kooperationsverträge mit anderen Trägern
	OP Slots: Öffnungszeiten von OP-Slots und Arbeitszeiten von Pflege nicht kongruent. Dies ergibt schwierige Situationen speziell bei dringlichen bzw. akuten Eingriffen. OP-Slotzeiten zu kurz bemessen für durchschnittliche herzchirurgische Eingriffe: OP-Slotzeiterweiterung und die OP-Slot Zeiten abstimmen.
	Monitoringmöglichkeiten: • Monitoringmöglichkeit Phase 1: Ausbau der Telemetrieplätze • Monitoringmöglichkeit Phase 2: Endziel muss die Etablierung einer IMCU nach den ÖSG-Kriterien mit zumindest 4 Positionen sein, um adäquat kardiale Akutfälle versorgen zu können.

Prozesse	Etablierung eines Early Warning Scores, um rechtzeitig auf der Station kritische Pat. zu detektieren
	Pat. mit Schädel-Hirn-Trauma sollten nicht in der Zentralen Notaufnahme überwacht werden müssen: Implementierung einer für die Kliniken verfügbaren Übersicht über im Bundesland verfügbare Intensivkapazitäten
	Einsatz von klinischer Pharmazie bei Pat. mit multipler Medikation (Thema Polypharmazie)

Medizinische Themen	Antibiose, Infektionen: • Infektionsdiagnostik bei erhöhtem CRP und PCT zu wenig umfassend: SOP zur Infektionsdiagnostik ausarbeiten • differenziertes Antibiotika Regime hinsichtlich Prophylaxe und Therapie: Etablierung einer klinisch infektiologischen Betreuung sowohl für die individuelle antibiotische Prophylaxe bei herzchirurgischen Eingriffen als auch bei der postoperativen Therapie auf der Intensivstation, IMCU und Normalstation. • postoperativ Probleme mit dem Sternum (tiefe Infektion vs. mechanische Ursache): genaue Beachtung aller Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen im Bereich des Sternum wird empfohlen mit besonderer Fokussierung auf die Infektionsproblematik (ev. Ernennung einer infektionsbeauftragten Person)
	Obduktionsrate erhöhen

Dokumentation	Unterstützende und nachvollziehbare Dokumentation in der Krankengeschichte: • Erarbeiten einer SOP für die Dekursführung (Strukturierte Abhandlung der Organfunktionen, Anamnese, Indikationen für Maßnahmen, patient safety checkliste, Tagesziele, Therapieziele, -änderungen, Indikationen, End-of-life, mikrobiologische Befunde/Antibiose) • Mit den abschließenden Arztbriefen soll systematisch die Kodierung re-evaluiert und gegebenenfalls die Hauptdiagnose aktualisiert werden. • Verbesserung der Rettungs-Übergabe-Dokumentation • Infektionsdokumentation: Verbesserungsbedarf bzgl. der Infektionsdokumentation auf der Normalstation, Fehldokumentationen bei tiefen Infektionen im Register (Überdokumentation)
	IT, (Personal-)Ausstattung • Dokumentationsassistenz für Kodierung, Registerführung, KI-basierte Lösungen für die Zukunft • Implementierung einer IT-gestützten Dokumentation in allen Bereichen (Handzeichen bei handschriftlicher Dokumentation!) • Hilfsbefunde (z.B. Echo) in standardisierter Weise erfassen: PDMS

Tabelle 9: Peer-Review-Ergebnisse (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

3.2.3 Feedback

Im Rahmen von A-IQI wird heuer erstmals das Feedback zu den Peer-Review-Verfahren webbasiert über LimeSurvey erhoben – mithilfe standardisierter Fragebögen sowohl von den Krankenanstalten als auch von den Peer-Review-Teams. Das Feedback dient einerseits der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Verfahrens, andererseits als Rückmeldung zur Relevanz und Praktikabilität des Indikatorensets. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf alle 15 im Berichtszeitraum durchgeführten Peer-Review-Verfahren.

Der „**Feedbackfragebogen Krankenhaus**“ wird nach Fertigstellung des Protokolls an die ärztliche Direktion der jeweiligen Einrichtung übermittelt. Die Rücklaufquote lag bei 100 %. Der Fragebogen umfasst insgesamt 19 Fragen, gegliedert in vier Kategorien: Organisation des Verfahrens, Durchführung des kollegialen Dialogs/Abschlussgesprächs, Atmosphäre und Ergebnis. Für jede Frage stehen fünf Antwortoptionen zur Verfügung: ja, eher ja, mittel, eher nein und nein. Zusätzlich enthält der Fragebogen Freitextfelder, um weitere Erfahrungen oder Anregungen mitzuteilen. Wie bereits in den Vorjahren fällt das Feedback insgesamt durchwegs positiv aus. Der Anteil der Antworten in den Kategorien ja und eher ja pro Frage ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Organisation	Ablauf klar und transparent beschrieben	100 %
	Aufgaben der Abteilung eindeutig dargestellt	100 %
	Falllisten rechtzeitig vor Termin vorliegend	93 %
	Terminfindungsprozess in Ordnung	100 %
Kollegialer Dialog / Abschlussgespräch	Abschlussgespräch sachlich und korrekt	100 %
	alle Fälle angesprochen	100 %
	Basis ausschließlich anerkannte medizinische Konzepte	93 %
	ausreichend Zeit für Gespräch	100 %
	Peers haben sich intensiv mit Fällen beschäftigt	100 %
Atmosphäre	Atmosphäre freundlich	100 %
	Peers um kollegialen Gesprächsverlauf bemüht	100 %
	Argumente der Abteilung gewürdigt	100 %
	Review Team kollegial und kooperativ	100 %
	Optimierungsmöglichkeiten in einer annehmbaren Weise kommuniziert	100 %
	mit unterschiedlichen Auffassungen sachlich umgegangen	100 %
Ergebnis	Ergebnis nachvollziehbar	100 %
	Analyse hilfreich	87 %
	Protokoll spiegelt das Gespräch wieder	93 %
	Vorschläge umsetzbar	73 %

Abbildung 6: Feedback Krankenhaus (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

Der „**Fragebogen Teamleitung**“ wird – wie der Fragebogen für die Krankenhäuser – nach Versand des Protokolls an die jeweilige Teamleitung übermittelt. Er umfasst insgesamt 12 Fragen, gegliedert in vier Kategorien: Organisation und Vorbereitung vor Ort, Durchführung des kollegialen Dialogs/Abschlussgesprächs, Akzeptanz des Verfahrens sowie Ergebnis. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, über ein Freitextfeld Anregungen einzubringen. Die Rücklaufquote lag bei 67 %. Die Bewertung – gemessen am Anteil der Antworten in den Kategorien ja bzw. eher ja – ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Organisation und Vorbereitungen vor Ort	Terminfindungsprozess in Ordnung	90 %
	Begrüßung stattgefunden	100 %
	Alle notwendigen Unterlagen vorbereitet	90 %
	Ansprechperson während des Tages	100 %
	Ausreichend Verpflegung vorhanden	100 %
Durchführung des Kollegialen Dialogs / Abschlussgesprächs	Alle vorgesehenen Teilnehmer und Teilnehmerinnen dabei	90 %
	Gespräch sachlich und korrekt und Dialog wertschätzend	100 %
	Alle Fälle angesprochen	100 %
Akzeptanz des Verfahrens	Akzeptanz des Verfahrens sehr hoch	80 %
Ergebnis	Gute Zusammenarbeit des Review-Team	100 %
	Peer-Review-Verfahren gut gelungen	90 %
	Vorgeschlagene Maßnahmen für das Krankenhaus umsetzbar	100 %

Abbildung 7: Feedback Teams (Quelle und Darstellung: BMASGPK)

Alle Rückmeldungen und Anregungen aus den Fragebögen werden ausgewertet, diskutiert und bei Bedarf in konkrete Verfahrensanpassungen überführt. So wurden etwa zur Vorbereitung der Peer-Review-Verfahren 2025 die Checklisten überarbeitet und die Handhabung bzgl. der Verschwiegenheitsverpflichtungen angepasst.

4 Fokusthema Early Warning Score

Unabhängig vom jeweiligen Jahresschwerpunkt lassen sich im Rahmen der Peer-Review-Verfahren wiederkehrende thematische Schwerpunkte identifizieren. Dazu zählen unter anderem die Standardisierung der Antibiotikatherapie, die Entwicklung strukturierter Vorgehensweisen für End-of-Life-Situationen oder die Implementierung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Auch der Einsatz von Instrumenten zur frühzeitigen Erkennung klinischer Verschlechterungen wird kontinuierlich thematisiert – so auch in der aktuellen Runde. Dieses Thema wird nun in Form des Early Warning Score als Fokusthema aufgegriffen.

4.1 Einführung ins Thema

Der **Early Warning Score** (EWS) ist ein validiertes Instrument zur systematischen Früherkennung klinischer Verschlechterungen stationärer Patientinnen und Patienten. Ziel ist die frühzeitige Identifikation von Patientinnen und Patienten, deren Vitalparameter auf eine beginnende oder akute Verschlechterung hinweisen, um rechtzeitig entsprechende Interventionen einleiten zu können. So sollen Komplikationen und Krisensituationen verhindert werden. Die Implementierung des EWS ist international weit verbreitet, wird vor allem auf Normalstationen, in Notaufnahmen und im Rettungsdienst genutzt und gilt als Schlüsselelement zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Der klassische EWS basiert auf der regelmäßigen Erhebung und Bewertung standardisierter Vitalparametern. Je nachdem, wie stark ein Wert von der Norm abweicht, wird eine Punktzahl vergeben. Die Summe ergibt den Gesamt-Score, der mit definierten Schwellenwerten (Triggern) verknüpft ist, die bestimmte klinische Handlungen auslösen.

Typische Parameter im Early Warning Score sind:

- Atemfrequenz
- Herzfrequenz
- Sauerstoffsättigung
- Systolischer Blutdruck
- Vigilanz
- Körpertemperatur
- Urinausscheidung.

Das am häufigsten eingesetzte System ist der **National Early Warning Score 2** (NEWS2), das vom Royal College of Physicians[5] entwickelt wurde. Bewertet werden Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Blutdruck, Herzfrequenz und Bewusstseinslage. Je nach Abweichung vom Normwert werden 0-3 Punkte vergeben. Die Details zum Scoring sind der folgenden Abbildung zu entnehmen.

[5] https://www.rcp.ac.uk/improving-care/resources/national-early-warning-score-news-2/

Physiologische Parameter	Punkte						
	3	2	1	0	1	2	3
Atmung (Atemfrequenz/min)	≤8		9–11	12–20	21–24		≥25
Sauerstoffsättigung SpO_2 (%):	≤91	92–93	94–95	≥96			
Sauerstoffgabe (ja/nein)		ja		nein			
Systolischer Blutdruck (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Herzfrequenz (Schläge/min)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Bewusstseinslage (AVPU)				A			VPU
Körpertemperatur (°C)	≤35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0		≥39,1

Abbildung 8: NEWS2 (Quelle: Royal College of Physicians, Darstellung: BMASGPK)

Der Parameter Bewusstseinslage wird nach dem AVPU-Schema beurteilt: (A) wach, ansprechbar und orientiert; (V) Reaktion nur bei lauter Ansprache; (P) Reaktion nur durch Schmerzreiz; (U) nicht ansprechbar, bewusstlos.

Der NEWS2-Gesamtscore ergibt sich aus der Summe der Punkte, die für die jeweiligen Vitalparameter vergeben werden. Je höher der Score, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich der klinische Zustand verschlechtert. Die klinische Bedeutung lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Ein Score von 0 bedeutet, dass alle Vitalparameter im Normbereich liegen. Es besteht kein unmittelbarer Handlungsbedarf und eine Routineüberwachung ist ausreichend.
- Ein Score zwischen 1 und 4 deutet auf leichte Abweichungen in einem oder mehreren Vitalparametern hin. In diesem Fall sollte die Überwachung verstärkt werden. Wenn ein einzelner Parameter mit 3 Punkten bewertet wurde, sollte bereits eine Neueinschätzung erfolgen, da dies ein Warnsignal für eine mögliche akute Verschlechterung ist.
- Ein Score von 5 oder 6 weist auf mittlere Abweichungen hin. Hier ist eine zeitnahe klinische Beurteilung erforderlich, und eine rasche Reaktion des medizinischen Teams ist erforderlich.
- Ein Score von 7 oder mehr signalisiert eine potenziell lebensbedrohliche Situation. Eine sofortige ärztliche Einschätzung und Eskalation der Behandlung (z. B. Verlegung auf eine Intensivstation) sind in diesem Fall zwingend notwendig.

4.2 Implementierung, Barrieren

Die Implementierung des NEWS2 in der klinischen Praxis erfordert eine strukturierte Herangehensweise sowie die Berücksichtigung organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen. Eine zentrale Voraussetzung für den erfolgreichen Einsatz dieses Instruments ist die gezielte **Schulung der Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte**. Diese sollte nicht nur die korrekte Erhebung und Interpretation der Vitalparameter sowie die Score-Berechnung vermitteln, sondern auch das Verständnis für die klinische Relevanz der Frühwarnzeichen fördern. Die Einbindung von Fallbeispielen, simulationsgestützten Training und Teambriefing kann hierbei die Handlungssicherheit in akuten Situationen deutlich erhöhen. (vgl. Royal College of Physicians 2017)

Ebenso bedeutsam ist die Integration in **digitale Dokumentationssysteme**, um die Fehleranfälligkeit manueller Berechnungen zu minimieren und eine standardisierte, kontinuierliche Erhebung der Parameter zu gewährleisten. Die automatisierte Generierung des Scores sowie visuelle oder akustische Warnhinweise bei kritischen Schwellenwerten können die klinische Entscheidungsfindung unterstützen. Ergänzend hierzu sind klare, evidenzbasierte **Eskalationsprotokolle** erforderlich, die verbindlich regeln, bei welchen Score-Werten welche Maßnahmen einzuleiten sind. Eine **regelmäßige Evaluation** der Anwendungspraxis, beispielsweise im Rahmen interner Audits kann zur Qualitätssicherung beitragen. (vgl. Smith et al. 2013 und Gerry et al. 2020)

Trotz des potenziellen Nutzens sind in der klinischen Anwendung auch verschiedene Herausforderungen zu beobachten. Eine häufig berichtete Schwierigkeit ist die **mangelnde Akzeptanz** durch das Personal, insbesondere, wenn standardisierte Scores als Einschränkung der eigenen Autonomie empfunden werden. Zudem treten in der Praxis regelmäßig Anwendungsfehler auf, etwa durch unvollständige Vitalwerterhebung, verspätete Dokumentation oder fehlende Aktualisierung des Scores. Technische Hürden, wie unzureichende Systemintegration oder eine fehlende Nutzerfreundlichkeit digitaler Erfassungsplattformen, können die Zuverlässigkeit zusätzlich beeinträchtigen. (vgl. Pimentel et al. 2019 und Myran et al. 2018)

Ein weiterer kritischer Aspekt ist die Unsicherheit im Umgang mit mittelgradig erhöhten Scores, insbesondere im Hinblick auf die **Notwendigkeit ärztlicher Eskalation**. Hier bedarf es klarer Kommunikationswege und eindeutig definierter Verantwortlichkeiten. Zudem ist bei bestimmten Patientengruppen – etwa Personen mit COPD – eine differenzierte Anwendung des Scores erforderlich, da Standardgrenzwerte nicht ohne Weiteres übertragbar sind. Ohne diese individuelle Anpassung besteht das Risiko einer Über- oder Unterschätzung des klinischen Zustands. (vgl. Grant 2018)

Insgesamt zeigt sich, dass für die erfolgreiche Etablierung von NEWS2 eine umfassende Transformation in **Unternehmenskultur und Prozessen** notwendig sind. Dabei sind sowohl Schulung und Kommunikation als auch digitale Unterstützung und kontinuierliches Qualitätsmanagement wesentliche Bestandteile. NEWS2 leistet einen signifikanten Beitrag zur Patientensicherheit und hat das Potenzial, **unerwünschte Ereignisse zu reduzieren**.

5 Ausblick 2025

Im Jahr 2025 werden Peer-Review-Verfahren in den Jahresschwerpunkten **Hüft-/Kniegelenksersatz, Hysterektomie und Urologie** durchgeführt. Erstmals fließen dabei auch die Ergebnisse der Zusatzauswertung zu Revisionseingriffen beim Hüft- und Kniegelenksersatz ein.

Die Evaluierung der Webapplikation **Kliniksuche.at** soll 2025 unter Einbindung von Expertinnen und Experten – darunter der Patient:innenbeirat und der Evaluierungsbeirat – abgeschlossen werden.

Parallel dazu ist die Veröffentlichung der **Strategie für Qualitätsregister im Gesundheitswesen** geplant, gefolgt vom Start der Umsetzung. Der Zielsteuerungsvertrag beinhaltet das Projekt **Sektorenübergreifende Qualitätsmessung**, dessen Beginn ebenfalls für 2025 vorgesehen ist. Eine enge Verzahnung mit dem Projekt A-IQI ist in beiden Vorhaben vorgesehen.

Zudem wird das **Data Management Cockpit** programmiert – eine Webapplikation, die die zentralen Daten aus den bundesweiten Qualitätsprojekten zusammenführt.

Literatur

BMSGPK (2024): A-IQI Austrian Inpatient Quality Indicators. Technische Definitionen „Reguläre Qualitätsindikatoren". Indikatorenversion 2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024): A-IQI Austrian Inpatient Quality Indicators. Technische Definitionen „Zusatzauswertungen". Indikatorenversion 2024 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

Gerry et al. (2020): Early warning scores for detecting deterioration in adult hospital patients: systematic review and critical appraisal of methodology. BMJ.

Grant (2018): Cracking the code: understanding how nurses make sense of early warning scores. Intensive and Critical Care Nursing.

Myran et al. (2018): The implementation and sustainability of a vital signs monitoring system using the National Early Warning Score. Journal of Nursing Care Quality.

Pimentel et al. (2019): A comparison of the ability of the National Early Warning Score and the Standardised Early Warning Score to discriminate patients at risk of in-hospital mortality. Resuscitation.

Royal College of Physicians (2017): National Early Warning Score (NEWS) 2 – Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS.

Smith et al. (2013): National Early Warning Score (NEWS): development and validation of a national early warning score for detecting clinical deterioration in acutely ill patients. BMJ Open.

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.

Anhang

Anhang 1: Indikatorenergebnisse Basisauswertung
Anhang 2: Indikatorenergebnisse Zusatzauswertungen
Anhang 3: Indikatorenergebnisse Versorgungsqualität/Versorgungsdichte
Anhang 4: Indikatorenergebnisse Qualitätsregister

Anhang 1

Indikatorenergebnisse Basisauswertung

A-IQI - Basisauswertung HAUPTSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
01 - Herzinfarkt											
01.10	Herzinfarkt, Todesfälle	T	< (EW)	4,97%	765	15.396	124	9	25	5,15%	5,00%
01.43	Transmuraler Herzinfarkt, Todesfälle	T	< (EW)	7,19%	482	6.707	115	6	31	7,69%	7,74%
02 - Herzinsuffizienz											
02.10	Herzinsuffizienz, Todesfälle	T	< (EW)	9,98%	2.155	21.585	137	20	10	9,69%	9,20%
02.20	Linksherzinsuffizienz, Todesfälle	T	< (EW)	9,24%	828	8.962	130	12	23	8,23%	8,77%
03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter											
03.20	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Todesfälle	T	< (EW)	2,97%	263	8.868	57	4	23	3,30%	3,34%
03.30	Diagnostischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	T	< (BD)	0,54%	167	30.940	64	4	25	0,63%	0,68%
03.40	Therapeutischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	T	< (BD)	1,49%	204	13.684	51	4	13	1,67%	1,46%
07 - Operationen am Herzen											
07.16	Herzoperationen, Todesfälle	T		3,35%	280	8.370	18		5	3,58%	3,42%
07.21	Chirurgischer Aortenklappenersatz (isoliert), Todesfälle	T	< (BD)	2,51%	18	717	10		1	1,67%	1,34%
07.31	Kathetergestützter Aortenklappenersatz, Todesfälle	T		1,98%	44	2.219	12		3	2,14%	1,52%
07.32	Kathetergestützter Mitralklappenersatz, Todesfälle	T		2,17%	9	414	14		3	5,63%	4,29%
07.41	Bypass-Operation bei Herzinfarkt, Todesfälle	T	< (EW)	6,51%	17	261	10		2	6,73%	4,79%
07.50	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Todesfälle	T	< (EW)	1,64%	33	2.016	11	1	2	1,37%	2,03%
09 - Schlaganfall											
09.10	Schlaganfall, Todesfälle	T	< (EW)	9,22%	2.244	24.340	136	11	38	9,57%	9,18%
09.20	Hirninfarkt, Todesfälle	T	< (EW)	6,55%	1.297	19.794	123	10	38	6,75%	6,71%
09.30	Hirninfarkt, rekanalisierende Therapie in Summe	V		20,24%	4.006	19.794	123		38	19,37%	18,06%
09.33	Hirninfarkt, systemische Thrombolyse	V		15,15%	2.998	19.794	123		38	14,50%	13,73%
09.36	Hirninfarkt, intrakranielle Thrombektomie	V		6,27%	1.242	19.794	123		38	6,08%	5,53%
09.40	Intrazerebrale Blutung, Todesfälle	T		25,55%	768	3.006	109		58	27,68%	24,74%
09.50	Subarachnoidalblutung, Todesfälle	T		11,59%	176	1.518	107		66	11,52%	12,63%
09.80	Transitorisch ischämische Attacke (TIA), Todesfälle	T	= (SE)	0,26%	16	6.272	116	14	49	0,18%	0,25%
10 - Stroke Unit											
10.12	Hirninfarkt, mit Stroke Unit Behandlung	V		63,48%	12.565	19.794	123		38	63,16%	62,53%
10.13	Transitorisch ischämische Attacke (TIA), mit Stroke Unit Behandlung	V		41,01%	2.572	6.272	116		49	40,63%	40,78%

A-IQI - Basisauswertung HAUPTSET		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
13 - Lungenentzündung (Pneumonie)											
13.10	Pneumonie insgesamt, Todesfälle	T	< (EW)	13,04%	6.786	52.055	155	20	16	14,77%	15,58%
13.11	Pneumonie ambulant erworben (community-acquired), Todesfälle	T	< (EW)	12,44%	5.958	47.903	154	12	19	14,11%	15,12%
13.12	Pneumonie stationär erworben (hospital-acquired), Todesfälle	T	< (EW)	20,19%	857	4.245	140	6	58	21,58%	21,35%
13.20	Pneumonie (Hauptdiagnose), Todesfälle	T	< (EW)	11,64%	4.221	36.257	145	18	22	13,52%	13,82%
13.60	Bronchitis/Bronchiolitis (HD, o. Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Todesfälle	T	< (EW)	1,41%	32	2.275	124	6	45	1,34%	1,70%
14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)											
14.10	COPD, Todesfälle	T	< (EW)	5,16%	626	12.132	133	10	20	5,17%	4,71%
15 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)											
15.10	Resektionen von Lunge/Bronchien, Todesfälle	T		1,40%	37	2.640	36		19	1,46%	1,69%
15.22	Resektionen von Lunge/Bronchien (Bronchialkarzinom), abnorme Verläufe	K	< (BD)	2,60%	35	1.346	21	1	6	3,61%	3,84%
15.23	Resektionen von Lunge/Bronchien (Bronchialkarzinom), Pneumektomien	O	< (BD)	3,71%	50	1.346	21	1	6	3,94%	4,88%
15.32	Teilresektionen (inkl. Lobektomie, Bronchialkarzinom), Todesfälle	T	< (BD)	1,00%	13	1.296	21		6	1,02%	1,01%
15.34	Teilresektionen der Lunge (ohne Lobektomie, Bronchialkarzinom), Todesfälle	T	< (BD)	0,65%	2	310	20	1	10	0,37%	1,75%
15.35	Lobektomien (Bronchialkarzinom), Todesfälle	T	< (BD)	1,12%	11	986	18		5	1,22%	0,78%
16 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen/Cholezystitis (Cholezystektomie)											
16.10	Cholezystektomien, Todesfälle	T	< (BD)	0,31%	48	15.308	120	5	13	0,36%	0,32%
16.20	Cholezystektomien, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	1,02%	156	15.308	120	8	13	0,83%	0,89%
16.30	Laparoskopische Cholezystektomien, Todesfälle	T	= (SE)	0,18%	26	14.578	119	20	12	0,22%	0,12%
16.40	Laparoskopische Cholezystektomien, Intensiv (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	1,34%	196	14.578	119	14	12	1,53%	1,41%
16.50	Laparoskopische Cholezystektomien, ERCP nach OP-Tag	K	< (BD)	1,47%	214	14.578	119	7	12	1,69%	1,34%
17 - Operationen von Hernien											
17.20	Hernien-Operationen, Todesfälle	T	= (SE)	0,05%	15	30.200	129	14	13	0,05%	0,07%
17.30	Hernien-Operationen, Intensiv (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	0,64%	194	30.200	129	11	13	0,58%	0,50%

A-IQI - Basisauswertung HAUPTSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)											
18.21	Kolorektale Resektionen, Todesfälle	T	< (BD)	5,45%	457	8.390	118	8	24	5,68%	6,04%
18.22	Kolorektale Resektionen, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	13,97%	1.172	8.390	118	9	24	13,58%	14,07%
18.31	Kolonresektionen bei Karzinom, Todesfälle	T	< (BD)	2,54%	63	2.480	101	5	25	3,13%	3,36%
18.32	Kolonresektionen bei Karzinom, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	9,03%	224	2.480	101	3	25	8,80%	9,65%
18.41	Rektumresektionen bei Karzinom, Todesfälle	T	< (BD)	2,67%	24	900	83	2	51	2,29%	2,07%
18.51	Kolorektale Resektionen bei Divertikel ohne Abszess/Perforation, Todesfälle	T	< (BD)	0,23%	2	861	90		58	0,00%	0,35%
18.60	Appendektomien, Intensiv (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	1,44%	144	10.018	114	11	23	1,45%	1,48%
19 - Magenoperationen											
19.21	Magenresektionen bei Magenkarzinom, Todesfälle	T		4,95%	29	586	75		53	4,25%	4,84%
19.22	Magenresektionen bei Magenkarzinom, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	12,12%	71	586	75	1	53	10,88%	11,92%
19.30	Adipositas-Chirurgie, Todesfälle	T	= (SE)	0,08%	2	2.365	39	2	7	0,04%	0,04%
19.31	Adipositas-Chirurgie, Re-OP im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	2,62%	62	2.365	39	2	7	2,42%	2,79%
20 - Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus)											
20.10	Ösophaguschirurgie, Todesfälle	T		1,86%	7	376	33		23	1,98%	4,46%
21 - Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber											
21.10	Pankreaseingriffe insgesamt, Todesfälle	T		5,64%	67	1.187	52		23	6,38%	7,71%
21.21	Anatomische Leberresektionen, Todesfälle	T		4,03%	26	645	37		17	2,38%	3,90%
22 - Eingriffe an der Schilddrüse											
22.10	Schilddrüsenresektionen, Todesfälle	T	= (SE)	0,12%	8	6.927	78	5	11	0,08%	0,18%
22.30	Schilddrüsenresektionen, Intensiv (>= 2 Nächte)	I	< (BD)	0,88%	61	6.927	78	7	11	0,83%	0,97%
23 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien											
23.10	Carotis-OP, Todesfälle	T	< (BD)	0,46%	11	2.406	38	2	3	0,94%	0,56%
23.20	Carotis-Stent, Todesfälle	T	< (BD)	0,92%	3	326	28		17	2,10%	1,92%
24 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)											
24.20	Aortenaneurysma offene und endovaskuläre Eingriffe (nicht rupturiert), Todesfälle	T	< (BD)	2,78%	42	1.510	34	2	14	2,58%	2,85%
24.21	Abdominales Aortenaneurysma offene Eingriffe (nicht rupturiert), Todesfälle	T	< (BD)	5,46%	13	238	23		16	3,30%	2,97%
24.22	Abdominales Aortenaneurysma endovaskuläre Eingriffe (nicht rupturiert), Todesfälle	T	< (BD)	1,90%	11	580	30	2	14	1,58%	2,00%
24.23	Thorakales Aortenaneurysma offene und endovaskuläre Eingriffe (nicht rupturiert), Todesf	T	< (BD)	2,97%	24	807	24	1	13	3,32%	3,34%

A-IQI - Basisauswertung HAUPTSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
25 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien											
25.11	Operationen der Becken-/Beinarterien, Todesfälle	T	< (BD)	2,67%	100	3.747	57	4	12	3,75%	2,86%
26 - Amputationen											
26.21	Amputationen untere Extremität (kein Trauma), Todesfälle	T	< (BD)	11,43%	190	1.662	106		60	11,70%	14,00%
27 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA)											
27.10	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent), Todesfälle	T	< (BD)	1,40%	156	11.180	66	7	13	1,32%	1,26%
28 - Geburten											
28.10	Geburten, Todesfälle der Mutter	T	= (SE)	0,00%	1	76.066	81	1	2	0,00%	0,00%
28.30	Sectiorate	O	< (BD)	32,53%	24.742	76.066	81	21	2	31,81%	31,11%
29 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)											
29.11	Hysterektomien, Todesfälle	T	= (SE)	0,01%	1	7.331	91	1	6	0,01%	0,04%
29.12	Hysterektomien, abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,35%	26	7.331	91	6	6	0,42%	0,50%
29.21	Hysterektomien, abdominale OP	O	< (BD)	13,80%	1.012	7.331	91	20	6	15,30%	15,41%
33 - Hüftgelenkersatz											
33.10	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, Todesfälle	T	= (SE)	0,03%	6	19.261	110	6	5	0,05%	0,04%
33.40	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,97%	187	19.261	110	9	5	0,89%	0,95%
34 - Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese											
34.10	Hüftendoprothesen-Revisionen, Todesfälle	T	< (BD)	3,22%	81	2.512	107	8	42	3,72%	3,16%
35 - Kniegelenkersatz											
35.10	Knieendoprothesen bei Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Todesfälle	T	= (SE)	0,04%	9	21.267	108	9	6	0,02%	0,03%
35.20	Knieendoprothesen andere, Todesfälle	T	= (SE)	0,83%	7	847	93	7	62	0,21%	0,27%
36 - Wechsel einer Kniegelenkendoprothese											
36.10	Knieendoprothesen-Revisionen, Todesfälle	T	< (BD)	1,27%	25	1.973	97	4	36	0,92%	1,25%
38 - Hüftgelenknahe Frakturen											
38.10	Hüftgelenknahe Fraktur, Todesfälle	T	< (EW)	3,48%	418	12.024	106	4	22	3,60%	3,95%
38.21	Hüftgelenknahe Fraktur, OP am Aufnahme- oder Folgetag	V	> (BD)	77,14%	9.275	12.024	106	19	22	77,38%	77,19%
38.22	Hüftgelenknahe Fraktur, abnorme Verläufe	K	< (BD)	3,63%	436	12.024	106	12	22	4,00%	3,90%

A-IQI - Basisauswertung HAUPTSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
39 - Operationen der Wirbelsäule und des Rückenmarks											
39.11	Operationen an Wirbelsäule und Rückenmark, Todesfälle	T		0,47%	98	20.997	91		18	0,49%	0,44%
39.12	Operationen an Wirbelsäule und RM (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle	T	= (SE)	0,17%	30	18.141	78	18	22	0,16%	0,16%
41 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)											
41.10	Nephrektomien bei Nierentumor, Todesfälle	T	< (BD)	0,62%	5	810	43	2	13	1,24%	0,88%
41.30	Partielle Nephrektomien bei Nierentumor, Todesfälle	T	= (SE)	0,00%		882	42		12	0,23%	0,00%
41.80	Nephrektomien und partielle Nephrektomien, abnorme Verläufe	K	< (BD)	5,22%	125	2.393	53	2	15	4,86%	5,41%
42 - Eingriffe an der Harnblase											
42.10	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, Todesfälle	T	< (BD)	0,35%	33	9.377	62	4	10	0,42%	0,50%
42.12	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase, abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,99%	93	9.377	62	5	10	0,95%	1,03%
42.20	Zystektomien, Todesfälle	T	< (BD)	4,28%	23	537	39		15	3,15%	3,20%
42.30	Zystektomien, abnorme Verläufe	K	< (BD)	15,27%	82	537	39	1	15	13,71%	16,63%
43 - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)											
43.10	TUR der Prostata, Todesfälle	T	= (SE)	0,07%	5	7.187	56	5	4	0,13%	0,10%
43.40	TUR der Prostata, abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,35%	25	7.187	56	3	4	0,41%	0,31%
44 - Radikalentfernung der Prostata											
44.10	Radikale Prostatovesikulektomien, Todesfälle	T	= (SE)	0,03%	1	3.547	47	1	8	0,06%	0,00%
44.30	Radikale Prostatovesikulektomien, abnorme Verläufe	K	< (BD)	0,96%	34	3.547	47	6	8	0,88%	0,84%
47 - Intensivbetreuung und Beatmung (Alter > 14)											
47.10	Intensivaufenthalte, Todesfälle	T	< (BD)	12,65%	7.799	61.666	116	39	5	13,35%	14,69%
47.20	Beatmung > 2 Tage, Todesfälle	T	< (BD)	23,31%	3.783	16.226	113	29	13	24,75%	26,86%
47.31	Intensivaufenthalte, ungeplante Wiederaufnahmen auf Intensiveinheiten	K	< (BD)	3,47%	2.139	61.666	116	13	5	3,59%	3,75%
47.32	Intensivaufenthalte, Todesfälle nach Intensivaufenthalt	T	< (BD)	2,82%	1.740	61.666	116	26	5	2,81%	2,93%
50 - Sentinel											
50.10	Sentinel-Indikatoren gesamt, Todesfälle	T	< (BD)	0,06%	127	214.871	154	7	10	0,06%	0,06%
50.20	Sentinel-Indikatoren ausgewählt, Wegtransferierungen	V	< (BD)	0,22%	160	72.959	129	11	10	0,27%	0,31%

A-IQI - Basisauswertung HAUPTSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
51 - Transfusionen, Patient Blood Management											
51.11	Ausgewählte operative Leistungen mit hohem Transfusionsbedarf, Transfusionen	V	> (BM)	23,37%	2.895	12.389	121	18	30	24,79%	24,43%
51.12	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, Transfusionen	K	< (BM)	4,11%	792	19.261	110	1	5	3,85%	4,19%
51.13	Knieendoprothesen bei Gonarthrose u. chronischer Arthritis, Transfusionen	K	< (BM)	2,15%	457	21.267	108	8	6	2,25%	2,51%
53 - Mindestmengen											
53.10	Ösophaguschirurgie	M	> (BM)	219		219	18	8	8	216	232
53.20	Eingriffe am Pankreas	M	> (BM)	1.098		1.098	46	18	18	1.023	1.012
53.30	Adipositas-Chirurgie	M	> (BM)	2.365		2.365	39	11	7	2.429	2.519
53.40	Carotis - Thrombendarterektomie	M	> (BM)	2.473		2.473	38	7	3	2.420	2.397
53.50	Leberchirurgie	M	> (BM)	648		648	37	17	17	592	647

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
01 - Herzinfarkt											
01.11	Herzinfarkt, Alter 20-44, Todesfälle	T	< (EW)	1,94%	12	617	76	3	54	1,02%	3,39%
01.12	Herzinfarkt, Alter 45-64, Todesfälle	T	< (EW)	2,15%	128	5.941	111	4	24	1,98%	2,02%
01.13	Herzinfarkt, Alter 65-84, Todesfälle	T	< (EW)	5,09%	374	7.353	114	7	24	5,77%	5,27%
01.14	Herzinfarkt, Alter >= 85, Todesfälle	T	< (EW)	16,90%	251	1.485	109	6	55	15,76%	15,10%
01.20	Herzinfarkt, Fälle ohne Linksherzkatheter	V		40,82%	6.285	15.396	124		25	39,97%	40,01%
01.21	Herzinfarkt ohne Zutransferierung, Fälle ohne Linksherzkatheter	V		37,02%	4.368	11.798	118		25	36,52%	37,42%
01.22	Herzinfarkt Zutransferierungen, Fälle ohne Linksherzkatheter	V		53,28%	1.917	3.598	108		33	51,27%	48,30%
01.23	Herzinfarkt ohne Zutransferierung, Fälle ohne LHK oder Koronar-OP	V		36,80%	4.342	11.798	118		25	36,38%	37,31%
01.31	Herzinfarkt Direktaufnahmen ohne Transfer, Todesfälle	T		8,91%	677	7.598	113		38	9,18%	9,21%
01.32	Herzinfarkt Zutransferierungen, Todesfälle	T		2,45%	88	3.598	108		33	2,24%	1,88%
01.33	Herzinfarkt mit Reanimation, Todesfälle	T		18,83%	29	154	38		35	28,57%	31,08%
01.41	Akuter Herzinfarkt, nicht näher bezeichnete akute Infarktformen	V		0,78%	120	15.379	124		25	1,07%	0,35%
01.42	Akuter Herzinfarkt, transmuraler Herzinfarkt	V		43,61%	6.707	15.379	124		25	44,13%	41,51%
01.44	Nichttransmuraler Herzinfarkt (NSTEMI), Todesfälle	T		3,05%	261	8.552	118		26	3,06%	2,91%
01.50	Herzinfarkt Zusatzdiagnose, Todesfälle	T		13,66%	808	5.914	138		40	14,09%	15,54%
02 - Herzinsuffizienz											
02.11	Herzinsuffizienz, Alter 20-44, Todesfälle	T	< (EW)	2,87%	5	174	64		63	4,10%	1,47%
02.12	Herzinsuffizienz, Alter 45-64, Todesfälle	T	< (EW)	3,47%	61	1.757	118	5	58	3,55%	4,44%
02.13	Herzinsuffizienz, Alter 65-84, Todesfälle	T	< (EW)	8,19%	959	11.710	133	14	7	7,57%	7,60%
02.14	Herzinsuffizienz, Alter >= 85, Todesfälle	T	< (EW)	14,22%	1.130	7.944	132	14	9	14,09%	12,61%
02.15	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz	V		46,73%	10.087	21.585	137		10	48,18%	49,58%
02.21	Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium I, Todesfälle	T	< (EW)	2,88%	7	243	72		67	4,92%	1,38%
02.22	Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium II, Todesfälle	T	< (EW)	1,74%	29	1.669	111	1	71	1,89%	2,06%
02.23	Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium III, Todesfälle	T	< (EW)	4,20%	137	3.261	124	6	47	3,54%	2,92%
02.24	Linksherzinsuffizienz NYHA-Stadium IV, Todesfälle	T	< (EW)	17,42%	651	3.737	119	9	50	15,10%	16,81%
02.25	Linksherzinsuffizienz nicht näher bezeichnetes NYHA-Stadium, Todesfälle	T	< (EW)	7,69%	4	52	8		6	3,51%	10,71%
02.31	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium I	V		2,71%	243	8.962	130		23	2,63%	2,96%
02.32	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium II	V		18,62%	1.669	8.962	130		23	15,99%	15,24%
02.33	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium III	V		36,39%	3.261	8.962	130		23	38,16%	38,30%
02.34	Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadium IV	V		41,70%	3.737	8.962	130		23	42,60%	43,12%
02.35	Linksherzinsuffizienz, nicht näher bezeichnetes NYHA-Stadium	V		0,58%	52	8.962	130		23	0,62%	0,38%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter											
03.10	Linksherzkatheter mit Koronardiagnostik/-intervention	M				55.469	70		27	54.483	55.685
03.21	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 20-44, Todesfälle	T	< (EW)	0,76%	3	397	31	2	14	0,26%	1,78%
03.22	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 45-64, Todesfälle	T	< (EW)	1,59%	60	3.776	44	1	13	1,65%	1,69%
03.23	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter 65-84, Todesfälle	T	< (EW)	3,71%	155	4.182	50	2	20	4,39%	4,03%
03.24	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Alter >= 85, Todesfälle	T	< (EW)	8,77%	45	513	38		20	7,95%	9,57%
03.25	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt Zutransferierungen, Todesfälle	T		1,73%	28	1.621	34		12	1,98%	1,60%
03.30	Diagnostischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	T	< (BD)	0,54%	167	30.940	64	4	25	0,63%	0,68%
03.31	Diagnostischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt) Zutransferierungen, Todesfälle	T		1,32%	16	1.212	37		18	1,24%	1,45%
03.40	Therapeutischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt), Todesfälle	T	< (BD)	1,49%	204	13.684	51	4	13	1,67%	1,46%
03.41	Therapeutischer Linksherzkatheter (ohne Herzinfarkt) Zutransferierungen, Todesfälle	T		4,11%	23	559	34		17	2,65%	2,96%
03.51	Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, diagnostischer Katheter	V		69,33%	30.940	44.624	66		25	68,77%	68,15%
03.52	Linksherzkatheter bei Kindern und Jugendlichen	M				306	17		13	347	306
04 - Herzrhythmusstörungen											
04.10	Herzrhythmusstörungen	M				36.326	142		21	34.481	34.419
05 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator (Implantationen oder Wechsel)											
05.10	Schrittmacherversorgung insgesamt	M				10.796	83		18	10.321	10.439
05.11	Defibrillatoren ohne Resynchronisationsfunktion	M				1.363	49		18	1.294	1.296
05.12	Defibrillatoren mit Resynchronisationsfunktion	M				791	40		19	811	823
05.13	Herzschrittmacher Einkammersystem	M				1.549	68		26	1.559	1.742
05.14	Herzschrittmacher Zweikammersystem	M				6.444	81		20	6.180	6.131
05.15	Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie	M				560	38		21	507	479
06 - Ablative Therapie											
06.10	Kathetergestützte ablative Therapie	M				5.442	29		5	4.801	4.746
06.20	Chirurgische ablative Therapie	M				184	9		4	142	142
06.30	Komplette elektrophysiologische Abklärungen	M				4.826	28		7	4.423	3.973

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
07 - Operationen am Herzen											
07.10	Herzoperationen insgesamt	M				8.886	19		5	8.681	8.238
07.11	Klappenersatz	M				5.712	18		6	5.472	5.125
07.12	Bypass-Operation	M				3.108	11		2	3.185	3.067
07.13	Andere Operationen am Herzen	M				1.142	12		2	1.104	1.038
07.14	Kombinierte Herzoperationen	M				1.024	13		4	1.039	953
07.15	Herzoperationen bei Kindern und Jugendlichen	M				516	7		3	523	498
07.16	Herzoperationen, Todesfälle	T		3,35%	280	8.370	18		5	3,58%	3,42%
07.20	Chirurgischer Aortenklappenersatz	M				1.432	10		1	1.581	1.477
07.21	Chirurgischer Aortenklappenersatz (isoliert), Todesfälle	T	< (BD)	2,51%	18	717	10		1	1,67%	1,34%
07.22	Chirurgischer Aortenklappenersatz mit Mitralklappenersatz, Todesfälle	T		11,76%	12	102	9		5	7,55%	8,79%
07.23	Chirurgischer Aortenklappenersatz mit anderer Herz-OP, Todesfälle	T		4,24%	26	613	10		1	6,31%	6,08%
07.31	Kathetergestützter Aortenklappenersatz, Todesfälle	T		1,98%	44	2.219	12		3	2,14%	1,52%
07.32	Kathetergestützter Mitralklappenersatz, Todesfälle	T		2,17%	9	414	14		3	5,63%	4,29%
07.41	Bypass-Operation bei Herzinfarkt, Todesfälle	T	< (EW)	6,51%	17	261	10		2	6,73%	4,79%
07.50	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Todesfälle	T	< (EW)	1,64%	33	2.016	11	1	2	1,37%	2,03%
07.51	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 20-49, Todesfälle	T	< (EW)	1,30%	1	77	10	1	7	0,00%	5,00%
07.52	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 50-59, Todesfälle	T	< (EW)	0,26%	1	380	10	1	1	0,24%	0,69%
07.53	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 60-69, Todesfälle	T	< (EW)	1,66%	13	784	9			1,82%	1,07%
07.54	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter 70-79, Todesfälle	T	< (EW)	2,12%	14	660	10	1	1	1,45%	2,97%
07.55	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Alter >= 80, Todesfälle	T	< (EW)	3,48%	4	115	9	1		2,75%	5,38%
07.61	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Beatmung > 2 Tage	K		32,59%	657	2.016	11		2	28,96%	30,15%
07.62	Bypass-Operation, Herzinfarkt	V		11,46%	261	2.277	11		2	8,97%	8,34%
07.63	Bypass-Operation mit anderen Herz-OP, Todesfälle	T		7,83%	65	830	11		2	7,51%	6,77%
08 - Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhaut											
08.10	Bösartige Neubildungen des Gehirns oder der Hirnhäute	M				3.748	109		63	3.530	3.711
08.20	Operationen am Gehirn bei bösartiger Neubildung, Todesfälle	T		2,54%	17	670	12		1	2,92%	1,82%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
09 - Schlaganfall											
09.11	Schlaganfall Alter 20-44, Todesfälle	T	< (EW)	2,77%	24	866	70	2	33	4,49%	3,45%
09.12	Schlaganfall, Alter 45-64, Todesfälle	T	< (EW)	4,00%	223	5.578	105	5	55	4,60%	4,17%
09.13	Schlaganfall, Alter 65-84, Todesfälle	T	< (EW)	9,03%	1.228	13.606	131	10	48	8,95%	8,77%
09.14	Schlaganfall, Alter >= 85, Todesfälle	T	< (EW)	17,93%	769	4.290	121	6	56	18,92%	17,70%
09.15	Schlaganfall, Todesfälle (Frauen)	G		10,57%	1.213	11.479	131		48	10,64%	10,88%
09.16	Schlaganfall, Todesfälle (Männer)	G		8,02%	1.031	12.861	128		47	8,61%	7,70%
09.21	Hirninfarkt, Alter 20-44, Todesfälle	T	< (EW)	1,08%	6	557	55	2	29	0,18%	0,68%
09.22	Hirninfarkt, Alter 45-64, Todesfälle	T	< (EW)	1,99%	83	4.172	88	1	41	1,99%	2,14%
09.23	Hirninfarkt, Alter 65-84, Todesfälle	T	< (EW)	6,06%	690	11.379	120	8	48	6,10%	6,00%
09.24	Hirninfarkt, Alter >= 85, Todesfälle	T	< (EW)	14,05%	518	3.686	110	7	56	14,99%	14,76%
09.31	Hirninfarkt, rekanalisierende Therapie in Summe (Frauen)	G		20,72%	1.898	9.160	118		48	19,88%	18,57%
09.32	Hirninfarkt, rekanalisierende Therapie in Summe (Männer)	G		19,82%	2.108	10.634	118		54	18,94%	17,62%
09.34	Hirninfarkt auf Stroke Unit, systemische Thrombolyse	V		23,09%	2.901	12.565	47		6	21,99%	21,12%
09.35	Hirninfarkt mit systemischer Thrombolyse, Todesfälle	T		6,87%	206	2.998	52		12	6,43%	6,70%
09.37	Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie, Todesfälle	T		11,67%	145	1.242	17		4	10,07%	9,98%
09.38	Hirninfarkt Direktaufnahmen, Todesfälle	T		6,41%	1.111	17.321	121		40	6,76%	6,64%
09.39	Hirninfarkt Zutransferierungen, Todesfälle	T		7,52%	186	2.473	95		50	6,65%	7,18%
09.61	Schlaganfall, nicht näher bezeichneter Schlaganfall	V		0,09%	22	24.340	136		38	0,11%	0,18%
09.62	Nicht näher bezeichneter Schlaganfall, Todesfälle	T		13,64%	3	22	9		9	3,57%	11,90%
09.71	Modifizierte Rankin-Skala vor Insult, nicht erhebbar	V		6,34%	704	11.107	128		37	6,23%	6,93%
09.72	Modifizierte Rankin-Skala, Vollständigkeit der Diagnosen	V		97,44%	10.879	11.165	128		36	97,09%	96,98%
09.73	Modifizierte Rankin-Skala, Diagnose vorbehandelter Insult ohne Zutransfer	M				1.661	92		62	1.553	1.364
09.74	Modifizierte Rankin-Skala, mittlere Veränderung	V		-0,34	-3.728	10.891	126		37	-0,30	-0,28
10 - Stroke Unit											
10.10	Fälle mit Stroke Unit Behandlung	M				17.975	51		9	17.727	17.709
10.11	Schlaganfall, mit Stroke Unit Behandlung	V		58,32%	14.196	24.340	136		38	57,59%	57,58%
10.21	Hirninfarkt/TIA Direktaufnahmen, mit Stroke Unit Behandlung	V		60,20%	14.157	23.515	127		35	60,44%	59,55%
10.22	Hirninfarkt/TIA Zutransferierungen, mit Stroke Unit Behandlung	V		38,42%	980	2.551	97		51	36,62%	36,01%
10.30	Stroke Unit, Nicht-Schlaganfälle auf Stroke Unit	V		21,32%	5.156	24.183	53		10	20,50%	20,65%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
11 - Epilepsie											
11.10	Epilepsie, Alter > 19	M				9.020	130		60	9.172	9.277
11.20	Epilepsie, Alter < 20	M				3.789	63		21	3.678	3.717
12 - Multiple Sklerose											
12.10	Multiple Sklerose	M				3.004	105		61	2.840	2.981
13 - Lungenentzündung (Pneumonie)											
13.13	Pneumonie, ambulant erworben	V		92,02%	47.903	52.055	155		16	91,00%	92,36%
13.14	Pneumonie, stationär erworben	V		8,15%	4.245	52.055	155		16	9,18%	7,80%
13.15	Pneumonie stationär erworben (hospital-acquired, ohne Zutransfer), Beatmung > 2 Tage	V		17,78%	681	3.831	133		56	19,42%	19,38%
13.21	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter < 20, Todesfälle	T	< (EW)	0,19%	5	2.638	78	3	37	0,39%	0,33%
13.22	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter 20-44, Todesfälle	T	< (EW)	1,53%	26	1.696	118	6	56	2,33%	2,85%
13.23	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter 45-64, Todesfälle	T	< (EW)	4,94%	248	5.016	128	4	27	6,18%	6,38%
13.24	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter 65-84, Todesfälle	T	< (EW)	11,73%	2.073	17.666	140	10	21	13,10%	14,26%
13.25	Pneumonie (Hauptdiagnose), Alter >= 85, Todesfälle	T	< (EW)	20,23%	1.869	9.241	130	15	14	23,15%	22,23%
13.30	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter > 19, Todesfälle	T	< (EW)	10,52%	2.889	27.459	139	12	20	11,92%	12,12%
13.31	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter 20-44, Todesfälle	T	< (EW)	0,85%	13	1.527	114	7	56	1,69%	1,75%
13.32	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter 45-64, Todesfälle	T	< (EW)	3,18%	130	4.086	124	5	25	3,84%	4,47%
13.33	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter 65-84, Todesfälle	T	< (EW)	9,59%	1.356	14.135	135	9	18	10,60%	11,31%
13.34	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter >=85, Todesfälle	T	< (EW)	18,03%	1.390	7.711	125	11	16	20,25%	19,54%
13.40	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter < 20, Todesfälle	T		0,13%	3	2.277	75		35	0,38%	0,08%
13.50	Aspirationspneumonie (Hauptdiagnose), Todesfälle	T		32,72%	847	2.589	117		37	32,67%	30,84%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
14 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)											
14.11	COPD mit FEV 1 >=70%, Todesfälle	T	< (EW)	3,30%	28	848	105		79	3,41%	5,94%
14.12	COPD mit FEV 1 >=50% und <70%, Todesfälle	T	< (EW)	1,31%	30	2.288	121	8	43	2,08%	1,98%
14.13	COPD mit FEV 1 >=35% und <50%, Todesfälle	T	< (EW)	3,38%	122	3.613	125	2	34	3,35%	3,10%
14.14	COPD mit FEV 1 <35%, Todesfälle	T	< (EW)	8,28%	441	5.328	125	8	38	8,28%	6,90%
14.15	Nicht näher bezeichnetes FEV 1, Todesfälle	T	< (EW)	9,09%	5	55	22		21	5,88%	3,57%
14.21	COPD, FEV 1 >=70%	V		6,99%	848	12.132	133		20	7,75%	7,07%
14.22	COPD, FEV 1 >=50% und <70%	V		18,86%	2.288	12.132	133		20	20,46%	19,80%
14.23	COPD, FEV 1 >=35% und <50%	V		29,78%	3.613	12.132	133		20	29,54%	29,79%
14.24	COPD, FEV 1 <35%	V		43,92%	5.328	12.132	133		20	41,82%	42,82%
14.25	COPD, FEV 1 nicht näher bezeichnet	V	< (BD)	0,45%	55	12.132	133	9	20	0,43%	0,52%
15 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)											
15.21	Resektionen von Lunge/Bronchien (Bronchialkarzinom), Todesfälle	T		1,19%	16	1.346	21		6	1,15%	1,28%
15.31	Pneumektomien (Bronchialkarzinom), Todesfälle	T		6,00%	3	50	12		10	4,17%	6,56%
15.33	Teilresektionen (inkl. Lobektomie, Bronchialkarzinom), Lobektomien	V		76,08%	986	1.296	21		6	76,69%	75,93%
15.41	Resektionen von Lunge/Bronchien (sek. bösartige Neubildung), Todesfälle	T		0,34%	1	293	22		12	0,00%	0,70%
15.42	Resektionen von Lunge/Bronchien (entzündliche Erkrankung), Todesfälle	T		3,77%	10	265	21		12	5,49%	6,25%
15.50	Pleurektomien, Todesfälle	T		3,82%	20	523	27		17	3,52%	6,03%
15.51	Pleurektomien (maligne Erkrankungen), Todesfälle	T		5,88%	5	85	12		10	7,45%	12,20%
15.60	Pleuraempyem (ohne Wegtransferierungen), operative Versorgung	V		33,90%	300	885	107		89	37,72%	39,34%
17 - Operationen von Hernien											
17.10	Hernien-Operationen, offene OP	O		62,68%	18.930	30.200	129		13	63,79%	64,07%
17.11	OP von Inguinal- und Femoralhernien, offene OP	O		42,32%	8.679	20.507	126		11	43,87%	45,08%
17.12	OP von Narbenhernien, offene OP	O		87,51%	2.761	3.155	118		33	88,95%	88,61%
17.21	OP von Inguinal- und Femoralhernien, Todesfälle	T		0,02%	5	20.507	126		11	0,03%	0,02%
17.22	OP von Narbenhernien, Todesfälle	T		0,29%	9	3.155	118		33	0,13%	0,32%
17.31	OP von Inguinal- und Femoralhernien, Intensiv (>= 2 Nächte)	I		0,27%	56	20.507	126		11	0,22%	0,19%
17.32	OP von Narbenhernien ohne Darmoperation, Intensiv (>= 2 Nächte)	I		3,55%	112	3.155	118		33	3,20%	2,75%
17.40	Hernien-Operationen bei Kindern	M				933	44		31	808	805
17.50	Hernien-Operationen mit Darmoperation, Todesfälle	T		6,51%	17	261	74		70	5,17%	6,13%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
18 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)											
18.10	Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	M				10.032	154		30	9.664	10.174
18.33	Kolonresektionen bei Karzinom (komplizierende Diagnose), Todesfälle	T		13,67%	41	300	84		81	10,86%	12,67%
18.34	Kolonresektionen bei Karzinom, UICC I	V		25,72%	642	2.496	103		25	25,88%	27,37%
18.35	Kolonresektionen bei Karzinom, UICC II	V		33,37%	833	2.496	103		25	31,52%	31,54%
18.36	Kolonresektionen bei Karzinom, UICC III	V		26,60%	664	2.496	103		25	27,84%	26,61%
18.37	Kolonresektionen bei Karzinom, UICC IV	V		15,75%	393	2.496	103		25	16,05%	16,23%
18.42	Rektumresektionen bei Karzinom, Rektumexstirpation	O		21,00%	189	900	83		51	22,46%	22,22%
18.43	Rektumresektionen bei Karzinom, UICC I	V		24,42%	233	954	83		46	26,66%	27,91%
18.44	Rektumresektionen bei Karzinom, UICC II	V		29,04%	277	954	83		46	27,97%	27,19%
18.45	Rektumresektionen bei Karzinom, UICC III	V		32,60%	311	954	83		46	33,40%	31,62%
18.46	Rektumresektionen bei Karzinom, UICC IV	V		14,15%	135	954	83		46	12,47%	13,29%
18.52	Kolorektale Resektionen bei Divertikel mit Abszess/Perforation, Todesfälle	T		4,31%	41	952	97		58	5,59%	6,03%
18.53	Kolorektale Resektionen bei Darmischämie, Todesfälle	T		36,93%	65	176	62		60	36,42%	42,50%
18.54	Kolorektale Resektionen bei Colitis oder Crohn, Todesfälle	T		2,99%	11	368	67		56	2,31%	1,75%
18.55	Kolorektale Resektionen bei anderer Diagnose, Todesfälle	T		8,92%	210	2.353	113		46	9,32%	9,30%
19 - Magenoperationen											
19.10	Ulcus von Magen, Duodenum oder Jejunum, Todesfälle	T		4,15%	142	3.420	130		37	4,11%	4,39%
19.20	Magenresektionen insgesamt	M				1.324	87		41	1.253	1.276
19.23	Magenresektionen mit Eingriff am Ösophagus, Todesfälle	T		4,76%	1	21	8		8	4,17%	3,45%
19.24	Partielle und totale Magenresektionen bei anderer Diagnose, Todesfälle	T		10,32%	74	717	83		61	9,67%	10,33%
21 - Operationen der Bauchspeicheldrüse und Leber											
21.11	Pankreasresektionen bei Pankreaskarzinom, Todesfälle	T		4,76%	37	778	41		18	5,31%	5,42%
21.12	Andere lokale oder kleinere Eingriffe am Pankreas, Todesfälle	T		11,02%	13	118	36		33	8,77%	16,24%
22 - Eingriffe an der Schilddrüse											
22.11	Schilddrüsenresektionen bei bösartiger Neubildung, Todesfälle	T		0,31%	3	966	69		44	0,21%	0,32%
22.12	Schilddrüsenresektionen bei gutartiger Neubildung, Todesfälle	T		0,03%	2	5.874	77		10	0,04%	0,11%
22.20	Schilddrüsenresektionen, Beatmung > 1 Tag	K		0,98%	68	6.927	78		11	1,04%	1,04%
22.40	Radiojodtherapien	M				1.184	9		1	1.150	1.188

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
23 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien											
23.30	Carotis-OP bei Herz-/Gefäßoperation, Trauma oder HNO-Tumor	M				220	21		12	197	205
23.40	Intrakranielle Gefäßinterventionen	M				1.611	19		6	1.539	1.382
24 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)											
24.10	Eingriffe an der Aorta insgesamt	M				2.578	41		15	2.365	2.211
24.30	Aortendissektion, Todesfälle	T		11,51%	132	1.147	112		84	13,82%	13,19%
24.40	Aortenaneurysma rupturiert, Todesfälle	T		28,74%	125	435	84		73	32,20%	29,10%
24.41	Aortenaneurysma rupturiert mit Operation, Todesfälle	T		26,67%	44	165	26		20	28,57%	19,18%
25 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien											
25.12	Operationen der Becken-/Beinarterien, Amputation untere Extremität	V		3,34%	125	3.747	57		12	4,15%	4,22%
26 - Amputationen											
26.10	Amputationen im Fußbereich (kein Trauma), Todesfälle	T		2,02%	59	2.921	123		48	2,28%	2,28%
26.22	Amputationen untere Extremität (kein Trauma), Becken-Bein-OP oder PTA	V		18,11%	301	1.662	106		60	17,98%	19,48%
27 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA)											
27.11	PTA der Viszeral- und Beingefäße (PTA und Stent), Becken-Bein-OP	V		7,69%	860	11.180	66		13	7,90%	8,33%
27.12	PTA der Viszeral- u. Beingefäße (PTA und Stent), Amputation untere Extremität	V		1,98%	221	11.180	66		13	1,79%	1,89%
28 - Geburten											
28.20	Vaginale Geburten, Dammriss 3. und 4. Grades	K		2,48%	1.274	51.325	80		1	2,32%	2,23%
28.31	Sectiorate Alter < 35	O		30,03%	17.116	56.987	81		2	29,36%	28,48%
28.32	Sectiorate Alter >= 35	O		39,97%	7.626	19.079	80		1	39,46%	39,15%
28.33	Sectiorate bis 28 vollendete SSW	O		60,31%	275	456	41		32	57,91%	57,64%
28.34	Sectiorate ab 29 vollendete SSW	O		32,36%	24.467	75.610	81		2	31,66%	30,95%
28.35	Sectiorate zwischen 35 und 42 vollendete SSW	O		31,59%	23.382	74.011	80		1	30,89%	30,17%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
29 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)											
29.22	Hysterektomien, laparoskopische OP	O		47,36%	3.472	7.331	91		6	44,13%	43,61%
29.23	Hysterektomien, vaginale OP	O		38,84%	2.847	7.331	91		6	40,60%	40,99%
29.24	Hysterektomien (ohne suprazervikale OP), abdominale OP	O	< (BD)	15,95%	1.012	6.343	91	23	8	17,76%	17,56%
29.25	Hysterektomien (ohne Plastik), abdominale OP	O	< (BD)	19,76%	978	4.950	91	18	9	22,05%	21,23%
29.30	Hysterektomien, präoperative Verweildauer	V		0,71	5.171	7.331	91		6	0,74	0,76
30 - Entfernung von Ovarien und/oder Gebärmutter bei bösartiger Neubildung											
30.10	Ovariektomien bei Ovarialkarzinom, Todesfälle	T		1,31%	7	534	71		53	0,95%	0,71%
30.20	Hysterektomien bei Uteruskarzinom, Todesfälle	T		0,21%	3	1.416	84		42	0,22%	0,21%
31 - Eingriffe an der Brust											
31.10	Eingriffe an der Brust (Mammaresektionen und -plastiken)	M				15.968	103		27	15.392	15.700
31.11	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, nicht-brusterhaltende OP	O		22,66%	1.942	8.570	79		12	23,28%	23,71%
32 - Eingriffe am Beckenboden											
32.10	Suspensionsoperationen und Plastiken im Bereich des Beckenbodens insgesamt	M				4.520	91		11	4.109	3.651
32.11	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Genitalprolaps	M				4.350	91		11	3.942	3.476
32.12	Suspensionsoperationen und Plastiken bei Inkontinenz	M				103	38		37	97	85
32.13	Suspensionsoperationen und Plastiken bei anderer Diagnose	M				67	25		24	70	90
33 - Hüftgelenkersatz											
33.20	Hüftendoprothesen bei hüftgelenknaher Fraktur, Todesfälle	T		3,57%	192	5.372	103		26	3,92%	4,20%
33.30	Hüftendoprothesen andere, Todesfälle	T		5,47%	62	1.134	109		63	5,41%	5,54%
34 - Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese											
34.11	Hüftendoprothesen-Wechsel (ohne Fraktur oder Infektion), Todesfälle	T		0,74%	8	1.085	97		56	0,82%	0,94%
34.12	Hüftendoprothesen-Wechsel (wegen Fraktur oder Infektion), Todesfälle	T		4,04%	36	891	96		62	4,27%	4,11%
34.21	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V		28,46%	715	2.512	107		42	25,11%	23,75%
34.22	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Luxation	V		9,95%	250	2.512	107		42	11,24%	10,29%
34.23	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Bruch	V		2,39%	60	2.512	107		42	2,40%	2,96%
34.24	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Lockerung	V		24,88%	625	2.512	107		42	26,47%	28,19%
34.25	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Periprothetische Fraktur	V		18,43%	463	2.512	107		42	20,59%	19,26%
34.26	Hüftendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Materialabrieb	V		5,61%	141	2.512	107		42	5,96%	6,65%
34.27	Hüftendoprothesen-Revisionen, nicht näher bezeichneter Revisionsgrund	V		2,79%	70	2.512	107		42	2,52%	3,12%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
36 - Wechsel einer Kniegelenkendoprothese											
36.11	Knieendoprothesen-Wechsel (ohne Fraktur oder Infektion), Todesfälle	T		0,10%	1	1.003	89		53	0,00%	0,42%
36.12	Knieendoprothesen-Wechsel (wegen Fraktur oder Infektion), Todesfälle	T		2,51%	14	558	81		60	2,02%	1,74%
36.21	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Infektion/Synovitis	V		30,66%	605	1.973	97		36	29,27%	33,51%
36.22	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Luxation	V		5,78%	114	1.973	97		36	7,52%	6,06%
36.23	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Bruch	V		3,40%	67	1.973	97		36	3,28%	2,77%
36.24	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Lockerung	V		25,60%	505	1.973	97		36	22,98%	23,84%
36.25	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Materialabrieb	V		6,54%	129	1.973	97		36	5,89%	6,27%
36.26	Knieendoprothesen-Revisionen, Revisionsgrund Schmerzen unkl. Genese	V		6,18%	122	1.973	97		36	5,53%	4,29%
36.27	Knieendoprothesen-Revisionen, nicht näher bezeichneter Revisionsgrund	V		6,34%	125	1.973	97		36	6,50%	6,01%
37 - Hüft- oder Kniegelenkersatz Spezialfälle											
37.10	Hüft- oder Knieendoprothese bei Tumor, Todesfälle	T		4,97%	32	644	84		59	5,58%	6,14%
37.20	Hüft- und Knieendoprothese kombiniert, Todesfälle	T		0,00%		20	16		16	4,55%	4,00%
38 - Hüftgelenknahe Frakturen											
38.11	Hüftgelenknahe Fraktur, Alter 20-59, Todesfälle	T	< (EW)	0,10%	1	988	83		43	0,74%	0,67%
38.12	Hüftgelenknahe Fraktur, Alter 60-69, Todesfälle	T	< (EW)	1,07%	15	1.397	91	3	35	0,91%	0,76%
38.13	Hüftgelenknahe Fraktur, Alter 70-79, Todesfälle	T	< (EW)	2,18%	59	2.701	99	5	28	1,66%	1,95%
38.14	Hüftgelenknahe Fraktur, Alter 80-84, Todesfälle	T	< (EW)	2,40%	65	2.706	95	3	25	3,48%	3,64%
38.15	Hüftgelenknahe Fraktur, Alter 85-89, Todesfälle	T	< (EW)	4,56%	97	2.128	84	2	16	4,47%	5,11%
38.16	Hüftgelenknahe Fraktur, Alter >= 90, Todesfälle	T	< (EW)	8,60%	181	2.104	86	6	20	8,27%	8,47%
38.30	Schenkelhalsfraktur, Todesfälle	T	< (EW)	3,19%	213	6.681	105	4	27	3,42%	3,68%
38.41	Schenkelhalsfraktur, endoprothetische Versorgung	V		67,21%	5.297	7.881	133		38	67,63%	68,65%
38.42	Schenkelhalsfraktur mit endoprothetischer Versorgung, Todesfälle	T		3,61%	191	5.297	103		26	3,87%	4,21%
38.43	Schenkelhalsfraktur, osteosynthetische Versorgung	V		17,56%	1.384	7.881	133		38	18,00%	17,19%
38.44	Schenkelhalsfraktur mit osteosynthetischer Versorgung, Todesfälle	T		1,59%	22	1.384	87		35	1,72%	1,57%
38.50	Schenkelhalsfraktur, OP am Aufnahme- oder Folgetag	V	> (BD)	71,83%	4.799	6.681	105	12	27	71,45%	71,19%
38.60	Pertrochantäre Fraktur, Todesfälle	T	< (EW)	3,84%	205	5.343	93	2	16	3,83%	4,27%
38.71	Pertrochantäre Fraktur, endoprothetische Versorgung	V		1,06%	69	6.501	121		34	1,19%	0,97%
38.72	Pertrochantäre Fraktur mit endoprothetischer Versorgung, Todesfälle	T		1,45%	1	69	36		36	7,89%	3,45%
38.73	Pertrochantäre Fraktur, osteosynthetische Versorgung	V		81,13%	5.274	6.501	121		34	81,50%	82,01%
38.74	Pertrochantäre Fraktur mit osteosynthetischer Versorgung, Todesfälle	T		3,87%	204	5.274	90		13	3,77%	4,28%
38.80	Pertrochantäre Fraktur, OP am Aufnahme- oder Folgetag	V	> (BD)	83,02%	4.436	5.343	93	16	16	83,64%	83,22%
38.91	Hüftgelenknahe Fraktur (konservativ) Direktaufnahmen, Todesfälle	T		6,67%	111	1.664	121		62	7,35%	6,65%
38.92	Hüftgelenknahe Fraktur (konservativ) Zutransferierungen, Todesfälle	T		1,44%	10	694	71		53	1,48%	1,25%
38.93	Hüftgelenknahe Fraktur bei Tumor/sonstigen Ausschlüssen, Todesfälle	T		4,52%	75	1.658	107		55	5,90%	5,64%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
39 - Operationen der Wirbelsäule und des Rückenmarks											
39.10	Operationen an Wirbelsäule und Rückenmark insgesamt	M				20.997	91		18	20.834	20.042
39.13	Operationen am Rückenmark/Spinalkanal	M				727	43		28	701	673
39.21	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Tumor, Todesfälle	T		8,73%	22	252	39		30	5,79%	7,89%
39.22	WS-Versteifung oder WK-Ersatz bei Trauma, Todesfälle	T		1,99%	37	1.860	72		31	2,39%	1,72%
39.23	Wirbelsäulen-OP bei Diszitis oder Osteomyelitis, Todesfälle	T		3,40%	7	206	33		27	5,13%	6,51%
39.24	Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle	T		0,58%	3	514	34		22	0,64%	0,49%
39.31	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 1 WK (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle	T		0,10%	4	4.063	60		14	0,10%	0,18%
39.32	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, 2 WK (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle	T		0,00%		826	39		15	0,26%	0,00%
39.33	WS-Versteifung oder WK-Ersatz, ab 3 WK (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle	T		0,42%	1	236	32		23	0,00%	0,00%
39.41	Exzision von Bandscheibengewebe (ohne Tumor, Trauma), Todesfälle	T		0,08%	1	1.315	36		24	0,00%	0,00%
39.42	Alleinige Dekompression der Wirbelsäule, Todesfälle	T		0,03%	3	10.189	61		9	0,07%	0,08%
39.43	Vertebro-/Kyphoplastie (ohne Tumor, kompl. WS-OP), Todesfälle	T		0,50%	4	806	62		35	0,11%	0,00%
39.50	Andere OP an Wirbelsäule und Rückenmark, Todesfälle	T		1,60%	16	1.002	59		37	2,00%	1,61%
40 - Weitere Eingriffe am Bewegungsapparat inkl. Endoprothetik											
40.10	Endoprothese am Schulter-/Ellenbogengelenk	M				2.836	98		22	2.554	2.306
41 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)											
41.20	Nephrektomien bei Nierentumor, offene OP	O		27,41%	222	810	43		13	29,98%	32,70%
41.40	Partielle Nephrektomien bei Nierentumor, offene OP	O		29,37%	259	882	42		12	39,42%	40,55%
41.50	Nephrektomien u. partielle Nephrektomien bei Nierentumor, totale Nephrektomien	O		47,87%	810	1.692	45		11	48,46%	46,76%
41.60	Nephrektomien bei anderer Diagnose, Todesfälle	T		3,76%	15	399	40		25	3,95%	4,23%
41.70	Partielle Nephrektomien bei anderer Diagnose, Todesfälle	T		0,33%	1	302	46		35	0,40%	0,00%
42 - Eingriffe an der Harnblase											
42.11	Transurethrale Resektionen (TUR) der Blase bei Malignom	M				8.098	61		9	8.058	7.932
43 - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)											
43.20	TUR der Prostata bei bösartiger Erkrankung, Todesfälle	T		0,32%	3	952	51		15	0,61%	0,50%
43.30	TUR der Prostata bei gutartiger Erkrankung, Todesfälle	T		0,03%	2	6.235	56		4	0,05%	0,04%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
44 - Radikalentfernung der Prostata											
44.20	Radikale Prostatovesikulektomien, offene OP	O		19,54%	693	3.547	47		8	26,25%	29,59%
45 - Nierensteine											
45.10	Nierensteine	M				18.237	125		39	18.047	18.543
45.20	Nierensteine, Interventionen zur Steinentfernung	V		46,64%	8.506	18.237	125		39	46,40%	47,72%
46 - Hautkrankheiten											
46.10	Dermatitis und Ekzem	M				1.223	101		75	1.314	1.494
46.20	Psoriasis	M				333	55		44	362	411
47 - Intensivbetreuung und Beatmung (Alter > 14)											
47.11	Intensivaufenthalte (SAPS 3 <= 36), Todesfälle	T	< (BD)	0,52%	73	13.909	106	9	13	0,53%	0,57%
47.12	Intensivaufenthalte (SAPS 3 37-45), Todesfälle	T	< (BD)	2,55%	387	15.193	114	11	15	2,74%	3,39%
47.13	Intensivaufenthalte (SAPS 3 46-55), Todesfälle	T	< (BD)	8,49%	1.204	14.184	116	17	15	9,29%	10,62%
47.14	Intensivaufenthalte (SAPS 3 > 55), Todesfälle	T	< (BD)	33,38%	6.135	18.380	113	19	13	34,29%	36,27%
47.21	Beatmung > 2 Tage (SAPS 3 <= 44), Todesfälle	T	< (BD)	4,93%	192	3.894	108	8	49	5,73%	7,39%
47.22	Beatmung > 2 Tage (SAPS 3 45-55), Todesfälle	T	< (BD)	15,05%	611	4.059	109	11	29	16,85%	19,03%
47.23	Beatmung > 2 Tage (SAPS 3 56-67), Todesfälle	T	< (BD)	27,43%	1.153	4.203	110	13	30	28,26%	32,05%
47.24	Beatmung > 2 Tage (SAPS 3 > 67), Todesfälle	T	< (BD)	44,89%	1.827	4.070	104	9	26	45,13%	48,69%
47.33	Intensivaufenthalte, Wegtransferierungen	V		9,81%	6.051	61.666	116		5	9,44%	10,33%
47.34	Intensivaufenthalte, SAPS 3 <= 36	V		22,56%	13.909	61.666	116		5	21,92%	20,50%
47.35	Intensivaufenthalte, SAPS 3 37-45	V		24,64%	15.193	61.666	116		5	24,27%	24,38%
47.36	Intensivaufenthalte, SAPS 3 46-55	V		23,00%	14.184	61.666	116		5	23,50%	24,34%
47.37	Intensivaufenthalte, SAPS 3 > 55	V		29,81%	18.380	61.666	116		5	30,31%	30,77%
47.41	Intensivaufenthalte auf E1, SAPS 3 Mittelwert	V		43,37	571.356	13.175	42		8	43,91	44,37
47.42	Intensivaufenthalte auf E2, SAPS 3 Mittelwert	V		49,11	1.315.313	26.781	83		8	49,74	49,97
47.43	Intensivaufenthalte auf E3, SAPS 3 Mittelwert	V		52,14	1.132.018	21.710	45		8	51,70	52,24
47.44	Intensivaufenthalte, Mittlere Verweildauer auf Intensiveinheit	V		4,56	281.336	61.666	116		5	4,82	5,46
47.50	Intensivaufenthalte (neurologische Diagnosen), Todesfälle (Ausschlüsse)	M				1.777	99		58	1.687	1.520

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
48 - Transplantationen											
48.10	Herz-Lungen-Transplantationen	M				4	1		1		
48.20	Herztransplantationen	M				61	3		1	56	57
48.30	Lungentransplantationen	M				121	2		1	94	125
48.40	Lebertransplantationen	M				119	3			164	150
48.50	Pankreastransplantationen	M				10	2		2	19	12
48.60	Nierentransplantationen	M				333	4			327	297
48.70	Stammzelltransplantationen autolog	M				311	13		4	373	321
48.80	Stammzelltransplantationen allogen	M				257	5			254	272
49 - Kurze Intensivverweildauer											
49.10	Laparoskopische Cholezystektomien, Intensiv (< 2 Nächte)	I		1,61%	235	14.578	119		12	1,62%	1,59%
49.20	Hernien-Operationen, Intensiv (< 2 Nächte)	I		1,05%	317	30.200	129		13	1,03%	1,07%
49.30	Appendektomien, Intensiv (< 2 Nächte)	I		1,15%	115	10.018	114		23	1,37%	1,19%
49.40	Schilddrüsenresektionen, Intensiv (< 2 Nächte)	I		3,32%	230	6.927	78		11	2,79%	3,08%
51 - Transfusionen, Patient Blood Management											
51.10	Alle Behandlungsfälle, Transfusionen	V		2,21%	46.794	2.113.078	169		2	2,16%	2,14%
51.21	Behandlungsfälle mit Transfusion, mind. 5 EK und Intensivaufenthalt	V		6,07%	2.838	46.740	149		13	6,66%	6,66%
51.22	Konservative Fälle mit Transfusion (mind. 5 EK und Intensivaufenthalt), Todesfälle	V		37,95%	200	527	80		65	35,90%	37,98%
51.23	Operative Fälle mit Transfusion (mind. 5 EK und Intensivaufenthalt), Todesfälle	V		27,43%	637	2.322	91		35	27,27%	30,54%

A-IQI - Basisauswertung ZUSATZSET

		2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA auffällig	KA <10 Faelle	2022	2023
52 - Wegtransferierungsraten											
52.10	Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V		36,70%	5.369	14.631	122		24	36,17%	37,56%
52.11	Herzinsuffizienz, Wegtransferierungen	V		4,43%	861	19.430	137		10	4,14%	3,83%
52.12	Linksherzkatheter bei Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V		35,39%	3.045	8.605	56		22	34,69%	34,91%
52.13	Diagnostischer Linksherzkatheter ohne Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V		4,79%	1.475	30.773	64		25	5,26%	5,04%
52.14	Chirurgischer Aortenklappenersatz (isoliert), Wegtransferierungen	V		20,17%	141	699	10		1	23,79%	19,32%
52.15	Bypass-Operation bei Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V		28,28%	69	244	10		2	36,08%	34,64%
52.16	Bypass-Operation ohne Herzinfarkt, Wegtransferierungen	V		25,01%	496	1.983	11		2	27,01%	23,07%
52.17	Schlaganfall, Wegtransferierungen	V		22,33%	4.935	22.096	135		40	22,41%	21,62%
52.18	Hirninfarkt, Wegtransferierungen	V		20,25%	3.746	18.497	123		41	20,57%	19,31%
52.19	Pneumonie (HD, ohne Zutransfer/Tumor/Mukoviszidose), Alter > 19, Wegtransferierungen	V		3,97%	976	24.570	139		20	4,32%	4,96%
52.20	COPD, Wegtransferierungen	V		4,68%	538	11.506	133		20	4,76%	4,35%
52.21	Kolorektale Resektionen, Wegtransferierungen	V		3,95%	313	7.933	117		24	3,87%	4,01%
52.22	Abd. Aortenaneurysma offene/endovask. Eingriffe (nicht rupturiert), Wegtransferierungen	V		3,40%	27	794	32		12	3,93%	4,90%
52.23	Operationen der Becken-/Beinarterien, Wegtransferierungen	V		4,61%	168	3.647	57		12	4,39%	5,52%
52.24	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose u. chronischer Arthritis, Wegtransferierungen	V		3,31%	638	19.255	110		5	3,25%	3,63%

Anhang 2

Indikatorenergebnisse Zusatzauswertungen

A-IQI - Zusatzauswertung Augenheilkunde HAUPTSET

Ausgangsjahr: 2022, Auswertungszeitraum: 01.01.2022 bis 31.12.2023		2022								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
01 - Katarakt											
01.40	Katarakt-Operationen, Vitrektomie	K	< (BD)	0,44%	450	103.331	58	2	12	0,42%	0,43%
01.50	Katarakt-Operationen, Re-OP	K	< (BD)	0,43%	443	103.331	58	2	13	0,46%	0,46%
01.60	Katarakt-Operationen, Folgeaufenthalte auf einer Augenabteilung ohne operative Leistung	K	< (BD)	0,19%	196	103.331	58	2	5	0,17%	0,14%
02 - Schiel-Operation											
02.30	Schiel-Operationen, Re-OP	K	< (BD)	0,91%	11	1.206	26	5	2	0,61%	1,22%
03 - Glaukom-Operation											
03.20	Glaukom-Operationen, Re-OP	K	< (BD)	16,63%	238	1.431	34	12	3	16,75%	17,61%

A-IQI - Zusatzauswertung Augenheilkunde ZUSATZSET

Ausgangsjahr: 2022, Auswertungszeitraum: 01.01.2022 bis 31.12.2023		2022								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
01 - Katarakt											
01.10	Katarakt-Operationen links	M				52.826	59	3		55.189	48.035
01.20	Katarakt-Operationen rechts	M				53.308	60	4		55.512	48.500
01.30	Katarakt-Operationen, traumatische Katarakt	V		0,11%	121	106.134	60	3		0,11%	0,13%
01.41	Katarakt-Operationen, vordere Vitrektomie am selben Tag	K	< (BD)	0,28%	285	103.331	58	2	8	0,26%	0,28%
01.42	Katarakt-Operationen, Vitrektomie innerhalb von 30 Tagen	K	< (BD)	0,16%	165	103.331	58	2	11	0,16%	0,15%
02 - Schiel-Operation											
02.10	Schiel-Operationen bei Kindern	M				533	23	6		597	452
02.20	Schiel-Operationen bei Erwachsenen	M				719	24	6		762	665
02.31	Schiel-Operationen, Re-OP (Kinder)	K	< (BD)	0,77%	4	517	23	6	2	0,17%	0,00%
02.32	Schiel-Operationen, Re-OP (Erwachsene)	K	< (BD)	1,02%	7	689	24	6	1	0,97%	2,06%
03 - Glaukom-Operation											
03.10	Glaukom-Operationen	M				1.880	34	10		1.827	1.580

A-IQI - Zusatzauswertung Gynäkologie/Geburtshilfe HAUPTSET

Ausgangsjahre: 2022/2023, Auswertungszeitraum: 01.10.2022 bis 31.12.2023		2022/2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
Neugeborene (Ausgangsjahr 2023)											
03 - Versorgung											
Geburten											
03.11	Geburten, Todesfälle der Mutter	T	= (SE)	0,00%	1	76.066	80	1	1	0,00%	0,00%
03.12	Geburten, Intensivaufenthalte der Mutter	I	< (BD)	0,52%	396	76.066	80	1	8	0,51%	0,45%
03.16	Sectiorate	O	< (BD)	32,53%	24.742	76.066	80	1	21	31,81%	31,11%
Geburten nach Gestationsalter											
03.24	Geburten mit Gestationsalter 23+0 bis 24+6	M	= (SE)			145	23	20	16	126	n.v.
03.25	Geburten mit Gestationsalter 25+0 bis 35+6	M	= (SE)			2.793	68	31	32	3.035	n.v.
03.26	Geburten, Wegtransferierungen des Kindes bei Gestationsalter bis 32 vollendete SSW	V	< (BD)	2,48%	27	1.088	55	33		2,37%	2,04%
Gynäkologie (Ausgangsjahre 2022/2023)											
04 - Mammaresektionen											
04.10	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Folgeresektion	K	< (BD)	11,00%	643	5.848	73	7	11	9,86%	11,53%
04.20	Res. der Mamma bei Brustkrebs mit adjuvanter Chemotherapie, Start < 6 Wochen nach OP	V	> (BD)	59,74%	978	1.637	70	23	8	n.v.	n.v.
04.30	Res. der Mamma bei Brustkrebs mit adj. Chemoth., Strahlenth.start < 6 Monate nach OP	V	> (BD)	62,48%	791	1.266	68	27	6	n.v.	n.v.
04.40	Res. der Mamma bei Brustkrebs ohne adj. Chemoth., Strahlenth.start < 12 Wochen nach OP	V	> (BD)	74,96%	3.224	4.301	73	7	18	n.v.	n.v.

A-IQI - Zusatzauswertung Gynäkologie/Geburtshilfe ZUSATZSET

Ausgangsjahre: 2022/2023, Auswertungszeitraum: 01.10.2022 bis 31.12.2023		2022/2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
Neugeborene (Ausgangsjahr 2023)											
01 - Einstufung											
02 - Ausstattung											
Betten											
02.10	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 1)	M				166	29	26		171	198
02.11	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 2)	M				499	67	58		490	471
02.12	Erwachsenen Intensivbehandlungseinheit (ICU Stufe 3)	M				692	34	12		732	732
02.13	Erwachsenen Intensivüberwachungseinheit (IMCU)	M				559	80	66		580	601
02.14	Kinder Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU)	M				217	17	9		215	221
02.15	Kinder Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU)	M				324	35	28		323	324
02.16	Neonatologie (NIMCU und NICU)	M				315	28	16		321	321
02.17	Kinderchirurgie	M				206	7	1		228	229
02.18	Kinder- und Jugendheilkunde	M				1.168	43	5		1.214	1.224
Aufenthalte											
02.19	Neonatologie (NIMCU und NICU)	M				7.549	28			7.753	7.802
02.20	Kinder Intensivbehandlungseinheit (PICU und NICU)	M				8.384	17			8.033	8.030
02.21	Kinder Intensivüberwachungseinheit (PIMCU und NIMCU)	M				13.352	35			13.456	13.083

A-IQI - Zusatzauswertung Gynäkologie/Geburtshilfe ZUSATZSET

Ausgangsjahre: 2022/2023, Auswertungszeitraum: 01.10.2022 bis 31.12.2023		2022/2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
Neugeborene (Ausgangsjahr 2023)											
03 - Versorgung											
Geburten											
03.10	Geburten	M				76.066	80	1		80.753	83.944
03.13	Geburten, Intensivaufenthalte der Mutter auf IMCU	I		0,14%	103	76.066	80	1		0,15%	0,10%
03.14	Geburten, Intensivaufenthalte der Mutter auf ICU	I		0,39%	293	76.066	80	1		0,37%	0,35%
03.15	Vaginale Geburten, Dammriss 3. und 4. Grades	K		2,48%	1.274	51.325	79			2,32%	2,23%
03.17	Sectiorate Alter < 35	O		30,03%	17.116	56.987	80	1		29,36%	28,48%
03.18	Sectiorate Alter >= 35	O		39,97%	7.626	19.079	79			39,46%	39,15%
03.19	Sectiorate bis 28 vollendete SSW	O		60,31%	275	456	41	32		57,91%	n.v.
03.20	Sectiorate ab 29 vollendete SSW	O		32,36%	24.467	75.610	80	1		31,66%	n.v.
03.21	Sectiorate zwischen 35 und 42 vollendete SSW	O		31,59%	23.382	74.011	79			n.v.	n.v.
03.22	Mehrlingsgeburten	M				951	55	30		987	1.064
03.23	Stationär aufgenommene Neugeborene	M				9.485	52	6		9.487	9.878
03.27	Stationär aufgenommene Neugeborene, Zuweisung von "externem Leistungserbringer"	V		7,89%	748	9.485	52	6		9,49%	8,49%
Gynäkologie (Ausgangsjahre 2022/2023)											
04 - Mammaresektionen											
04.11	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Totalresektion	K		2,48%	145	5.848	73	7		2,28%	3,61%
04.12	Brusterhaltende Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Teilresektion	K		8,52%	498	5.848	73	7		7,58%	7,92%
04.50	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, neoadjuvante Chemotherapie	V		22,54%	1.753	7.777	75	5		n.v.	n.v.
04.51	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, adjuvante Chemotherapie	V		21,05%	1.637	7.777	75	5		n.v.	n.v.
04.60	Resektionen der Mamma bei Brustkrebs, Männer	M				74	37	36		n.v.	n.v.

A-IQI - Zusatzauswertung Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde HAUPTSET

Auswertungszeitraum: 01.12.2022 bis 31.12.2023		2022/2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
01 - Tonsillektomie											
01.10	Tonsillektomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung	K	< (BD)	5,53%	273	4.939	54	9	4	4,81%	4,33%
01.20	Tonsillektomien, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	K	< (BD)	16,06%	793	4.939	54	9	6	17,07%	15,49%
01.30	Tonsillektomien, Todesfälle	T	= (SE)	0,04%	2	4.941	54	9	2	0,00%	n.v.
02 - Tonsillotomie											
02.10	Tonsillotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung	K	< (BD)	0,89%	54	6.077	56	3	5	0,27%	n.v.
02.20	Tonsillotomien, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	K	< (BD)	1,91%	116	6.077	56	3	4	1,58%	1,32%
02.30	Tonsillotomien, Todesfälle	T	= (SE)	0,00%	0	6.077	56	3		0,00%	n.v.
03 - Nasennebenhöhlen-Chirurgie											
03.10	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Re-OP aufgrund einer Liquorrhoe	K	< (BD)	0,86%	54	6.274	62	10	3	0,05%	0,14%
03.20	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer OP-Verletzung	K	< (BD)	0,48%	30	6.274	62	10	4	0,29%	0,52%
03.30	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Meningitis/postop. Infektion	K	< (BD)	0,26%	16	6.274	62	10	3	0,05%	0,12%
03.40	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	K	< (BD)	0,89%	56	6.274	62	10	5	0,92%	0,52%
03.50	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Endoskopische Blutstillung einer Nachblutung *)	K	< (BD)	0,35%	20	5.765	62	10	4	n.v.	n.v.
04 - Adenotomie											
04.10	Adenotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung	K	< (BD)	0,82%	124	15.188	63	6	3	0,28%	0,49%
04.20	Adenotomien, Wiederaufnahmen aufgrund einer Nachblutung	K	< (BD)	1,79%	272	15.188	63	6	6	1,46%	1,73%
*) Ausgangs-/Auswertungszeitraum: ab 01.01.2023											

A-IQI - Zusatzauswertung Hals- Nasen- und Ohrenheilkunde ZUSATZSET

Auswertungszeitraum: 01.12.2022 bis 31.12.2023		2022/2023								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
01 - Tonsillektomie											
01.11	Tonsillektomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	1,42%	70	4.939	54	9	3	0,63%	0,53%
01.12	Tonsillektomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	K	< (BD)	4,21%	208	4.939	54	9	6	4,27%	3,81%
02 - Tonsillotomie											
02.11	Tonsillotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	0,58%	35	6.077	56	3	2	0,00%	n.v.
02.12	Tonsillotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	K	< (BD)	0,33%	20	6.077	56	3	3	0,27%	n.v.
03 - Nasennebenhöhlen-Chirurgie											
03.11	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Re-OP aufgrund einer Liquorrhoe im selben Aufenthalt	K	< (BD)	0,83%	52	6.274	62	10	2	0,00%	0,09%
03.12	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Re-OP aufgrund einer Liquorrhoe in einem Folgeaufenthalt	K	< (BD)	0,03%	2	6.274	62	10	2	0,05%	0,05%
03.31	Nasennebenhöhlen-Chirurgie, Wiederaufnahmen aufgrund einer Meningitis	K		0,00%	0	6.274	62	10		0,02%	0,00%
04 - Adenotomie											
04.11	Adenotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung im gleichen Aufenthalt	K	< (BD)	0,47%	71	15.188	63	6	7	0,03%	0,07%
04.12	Adenotomien, Re-OP aufgrund einer Nachblutung in einem Folgeaufenthalt	K	< (BD)	0,36%	54	15.188	63	6	6	0,25%	0,43%
04.30	Adenotomien, mit maligner Histologie	V		0,07%	10	15.234	63	6		0,19%	0,31%
05 - Mengeninformationen											
05.10	Operationen im Bereich HNO bei bösartiger Neubildung	M				7.924	85	33		8.004	7.901
05.20	Operationen an der Parotis	M				1.125	44	14		1.102	1.172

A-IQI - Zusatzauswertung Prothesen Revisionen HAUPTSET

Ausgangsjahr: 2022, Auswertungszeitraum: 01.01.2022 bis 31.12.2023		2022								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
01 - Hüftendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres											
01.10	Hüftendoprothesen, Revisionsrate	K	< (BD)	2,71%	644	23.780	116	6	12	2,93%	3,03%
01.20	Hüftendoprothesen bei Koxarthrose, Revisionsrate	K	< (BD)	2,04%	363	17.806	111	7	10	2,24%	2,27%
01.30	Hüftendoprothesen bei hüftgelenknaher Fraktur, Revisionsrate	K	< (BD)	3,59%	164	4.572	105	29	7	4,00%	3,45%
02 - Knieendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres											
02.10	Knieendoprothesen, Revisionsrate	K	< (BD)	2,17%	418	19.291	108	6	4	2,12%	2,26%
02.20	Knieendoprothesen bei Gonarthrose, Revisionsrate	K	< (BD)	1,76%	324	18.379	107	6	8	1,90%	1,89%

A-IQ

A-IQI - Zusatzauswertung Prothesen Revisionen ZUSATZSET

Ausgangsjahr: 2022, Auswertungszeitraum: 01.01.2022 bis 31.12.2023		2022								A-IQI	
		Typ	ZW	Ergebnis in %	Zähler	Nenner	KA Anzahl	KA <10 Fälle	KA auff.	2021	2020
01 - Hüftendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres											
01.11	Hüftendoprothesen, Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		89,60%	577	644	104	83		88,53%	88,63%
01.12	Hüftendoprothesen, Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		10,40%	67	644	104	83		11,47%	11,37%
01.13	Hüftendoprothesen (Totalprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	2,53%	503	19.880	114	4	11	2,69%	2,80%
01.14	Hüftendoprothesen (Teilprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	3,64%	142	3.903	96	25	6	4,16%	4,14%
01.15	Hüftendoprothesen, erneute Erst-OP	K	= (SE)	0,31%	73	23.720	116	6	46	0,30%	0,36%
01.31	Hüftendoprothesen bei hüftgelenknaher Fraktur (Totalprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	4,39%	53	1.206	100	51	5	4,47%	4,22%
01.32	Hüftendoprothesen bei hüftgelenknaher Fraktur (Teilprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	3,33%	112	3.368	88	19	7	3,87%	3,23%
01.40	Hüftendoprothesen andere, Revisionsrate	K	< (BD)	8,45%	89	1.053	106	65	2	8,62%	11,57%
01.50	Hüftendoprothesen, Revisionsrate mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	1,13%	268	23.780	116	6	10	1,11%	1,14%
01.51	Hüftendoprothesen, Revisionen mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis" in der eigenen KA	K		90,67%	243	268	78	75		91,13%	89,08%
01.52	Hüftendoprothesen, Revisionen mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis" in einer anderen KA	K		9,33%	25	268	78	75		8,87%	10,92%
02 - Knieendoprothesen Revisionen, Revisionsraten innerhalb 1 Jahres											
02.11	Knieendoprothesen, Revisionen in der eigenen Krankenanstalt	K		86,12%	360	418	85	75		89,07%	89,69%
02.12	Knieendoprothesen, Revisionen in einer anderen Krankenanstalt	K		13,88%	58	418	85	75		10,93%	10,31%
02.13	Knieendoprothesen (Totalprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	2,12%	372	17.531	108	6	7	2,06%	2,20%
02.14	Knieendoprothesen (Teilprothese), Revisionsrate	K	< (BD)	2,69%	46	1.708	87	37	4	2,59%	2,63%
02.15	Knieendoprothesen, erneute Erst-OP	K	= (SE)	0,36%	70	19.247	108	6	37	0,28%	0,42%
02.30	Knieendoprothesen andere, Revisionsrate	K	< (BD)	10,43%	94	901	94	67	4	7,42%	11,24%
02.40	Knieendoprothesen, Revisionsrate mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis"	K	< (BD)	0,75%	145	19.291	108	6	6	0,84%	0,80%
02.41	Knieendoprothesen, Revisionen mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis" in der eigenen KA	K		86,21%	125	145	62	61		88,59%	85,94%
02.42	Knieendoprothesen, Revisionen mit Revisionsgrund "Infektion"/"Synovitis" in einer anderen KA	K		13,79%	20	145	62	61		11,41%	14,06%

Anhang 3

Indikatorenergebnisse Versorgungsqualität/Versorgungsdichte

Versorgungsqualität/ Versorgungsdichte	A-IQI 2023													
		Wohnort Leistungsempfänger:in					Standort leistungserbringende KA							
	Ö 2023	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	13,11	9,28	19,97	25	2	94	10,43	18,22	19	2	61	Anteil traumatische Katarakt	0,13%	70-74
02 - Adipositas-Chirurgie	0,25	0,02	0,57	28	4	93	0,17	0,51	4	0	40			
03 - Hysterektomie	0,87	0,46	1,34	31	3	93	0,31	1,14	29	0	91			
04 - Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen	2,24	1,57	3,08	29	4	94	1,63	2,70	33	7	110			65-69
05 - Knie-Endoprothesen-Erstimplantationen	2,40	0,83	3,84	25	4	94	1,77	3,31	23	4	108			70-74
06 - Knieoperation arthroskopisch	5,09	2,01	8,63	26	4	94	3,81	7,24	34	7	124	vorhergehende Arthroskopie	3,20%	45-49

Anhang 4

Indikatorenergebnisse Qualitätsregister

A-IQI - Herzchirurgie-Register

Auswertungszeitraum: 01.01.2023 bis 31.12.2023

		Ö2023	Typ	Zielbereich		Fälle Register	Fälle DLD	Vollzähligkeit %	KI
V	Vollzähligkeit	105,02%	Z	>(EW)	95%	6.402	6.096	105,02%	

		Ö2023	Typ	Zielbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
Herzchirurgie									
1	Performance-Ratio	0,82	T	< (EW)	1	0,82	3,65	4,44	(0,49;1,19)
2	Performance-Ratio, isol. BypassOP	0,73	T	< (EW)	1	0,73	1,80	2,47	(0,31;1,23)
3	Performance-Ratio, isol. AortenklappenOP	1,07	T	< (EW)	1	1,07	3,35	3,13	(0,64;1,55)
4	Performance-Ratio, bei elektiven OP	0,61	T	< (EW)	1	0,61	1,76	2,89	(0,26;1,04)
5	Rethorakotomie wegen Nachblutung im Krankenhaus	4,94%	K	< (BD)	4,94%	4,94%	317	6.414	(4,44;5,50)
6	Rethorakotomie wegen tiefem Wundinfekt im Krankenhaus	1,33%	K	< (BD)	1,33%	1,33%	85	6.414	(1,07;1,64)
7	Schlaganfallrate (zentralneurologischer Schaden länger 72 Stunden	1,50%	K	< (BD)	1,50%	1,50%	96	6.414	(1,23;1,82)
8	Verwendung der Arteria thoracica interna	94,98%	O	> (EW)	90,00%	94,98%	2.101	2.212	(93,99;95,82)

A-IQI - Register für Herzschrittmacher-, ICD- und Looprecorder

Auswertungszeitraum: 01.01.2023 bis 31.12.2023

Datenstichtag: 13.05.2024

		Ö2023	Typ	elbereich		Fälle Reg.	Fälle DLD	Vollzähligkeit %	KI
V	Vollzähligkeit Herzschrittmacher-Implantation	90,20%	Z	> (EW)	90,00%	7.552	8.668	87,13%	(86,4;87,81)
V	Vollzähligkeit ICD-Implantation	75,52%	Z	> (EW)	90,00%	1.793	2.155	83,20%	(81,56;84,72)
V	Vollzähligkeit Looprecorder-Implantation	93,24%	Z	> (EW)	90,00%	1.756	1.953	89,91%	(88,5;91,17)
V	Vollzähligkeit Gesamt	88,05%	Z	> (EW)	90,00%	11.101	12.776	86,89%	(86,29;87,46)

		Ö2023	Typ	elbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
Herzschrittmacher									
1	Revisionsrate innerhalb eines Jahres	3,14%	K	< (BD)	3,14%	3,14%	233	7.419	(2,77;3,56)
2	davon Fremdrevisionen		Z				145	7.419	
3	Dokumentation perioperativer Komplikationen		Z	> (EW)	0		95	7.265	
4	perioperative Komplikationen bei HSM-Implantation	1,31%	K	< (BD)	1,31%	1,31%	95	7.265	(1,07;1,60)
5	telemedizinische Nachsorge	14,44%	M	> (BD)	14,44%	14,44%	501	3.470	(13,31;15,65)
ICD									
6	Revisionsrate innerhalb eines Jahres	3,93%	K	< (BD)	3,93%	3,93%	68	1.729	(3,11;4,96)
7	davon Fremdrevisionen		Z				45	1.729	
8	Dokumentation perioperativer Komplikationen		Z	> (EW)	0		24	1.793	
9	perioperative Komplikationen bei ICD-Implantation	1,34%	K	< (BD)	1,34%	1,34%	24	1.793	(0,90;1,98)
10	telemedizinische Nachsorge	64,24%	M	> (BD)	64,24%	64,24%	652	1.015	(61,24;67,13)
Looprecorder									
11	Loop-Explantation innerhalb eines Jahres wegen Infektion	0,77%	K	< (BD)	0,77%	0,77%	5	649	(0,33;1,79)
12	telemedizinische Nachsorge	80,73%	M	> (BD)	80,73%	80,73%	947	1.173	(78,38;82,89)

A-IQI - Stroke-Unit-Register

Auswertungszeitraum: 01.01.2023 bis 31.12.2023
Datenstichtag: 01.07.2024

		Ö2023	Typ	Zielbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
Registerdaten im Überblick (Aufnahmediagnose Schlaganfall)									
R1	Gesamtanzahl Schlaganfälle						15.710		
R2	davon Fälle mit dokumentierter Entlassungsdiagnose	95,29%	Z	>(BD)	95,29%	95,29%	14.970	15.710	(94,95;95,61)
R3	davon vollständig dokumentierte Fälle	97,95%	Z	>(BD)	97,95%	97,95%	14.663	14.970	(97,71;98,16)

		Ö2023	Typ	Zielbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
Vollzähligkeitsabgleich Register vs LKF (DLD)									
V1	Schlaganfall und TIA	88,89%	Z	>(BD)	88,89%	88,89%	14.917	16.782	(88,4;89,35)
V2	davon Schlaganfall	88,82%	Z	>(BD)	88,82%	88,82%	12.619	14.207	(88,29;89,33)
V3	davon TIA	89,24%	Z	>(BD)	89,24%	89,24%	2.298	2.575	(87,99;90,38)

		Ö2023	Typ	Zielbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
Stroke-Unit-Register Indikatoren									
1	Zeitraum Ereignis bis KH-Aufnahme (Median) in Minuten	112	V			112			
2	Median NIHSS bei Aufnahme	4	Z			4			
3	1. Bildgebung <= 30 Min. nach Krankenhaus-Aufnahme	54,64%	V	>(BD)	54,64%	54,64%	6.154	11.262	(53,72;55,56)
4	1. Untersuchung hirnzuführende Gefäße <= 24 nach Krankenhaus-Aufnahme	94,72%	V	>(BD)	94,72%	94,72%	9.385	9.908	(94,26;95,14)
5	Door to Needle Time <= 60 Min. (alle Patientinnen/Patienten)	74,70%	V	>(BD)	74,70%	74,70%	1.857	2.486	(72,95;76,37)
5a	Door to Needle Time <= 60 Min. (Patientinnen)	71,98%	V	>(BD)	71,98%	71,98%	822	1.142	(69,30;74,51)
5b	Door to Needle Time <= 60 Min. (Patienten)	77,01%	V	>(BD)	77,01%	77,01%	1.035	1.344	(74,68;79,18)
6	Lyserate ausgewählte Patientinnen / Patienten	71,51%	V	>(BD)	71,51%	71,51%	901	1.260	(68,95;73,93)
6a	Lyserate ausgewählte Patientinnen	68,76%	V	>(BD)	68,76%	68,76%	317	461	(64,39;72,82)
6b	Lyserate ausgewählte Patienten	73,09%	V	>(BD)	73,09%	73,09%	584	799	(69,91;76,05)
7	1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. alle Patientinnen/Patienten	35,35%	V	>(BD)	35,35%	35,35%	251	710	(31,92;38,94)
8	1. Bildgebung b. Angiobeginn <= 90 Min. Zutransport direkt, kein Transfer	65,02%	V	>(BD)	65,02%	65,02%	158	243	(58,83;70,74)
9	TICI-Score bei Angio-Ende	89,50%	E	>(BD)	89,50%	89,50%	614	686	(86,99;91,58)
10	Pneumonie	2,65%	K	<(BD)	2,65%	2,65%	394	14.887	(2,40;2,92)
11	Klinisch relevante Einblutung	0,77%	K	<(BD)	0,77%	0,77%	115	14.887	(0,64;0,93)
12	Erfolgsquote standardisiert nach Schweregrad (alle Patientinnen / Patienten)	34,94%	E	>(BD)	34,94%	34,94%	4.152	11.883	(34,09;35,80)
12a	Erfolgsquote standardisiert nach Schweregrad (alle Patientinnen)	31,24%	E	>(BD)	31,24%	31,24%	1.727	5.528	(30,03;32,48)
12b	Erfolgsquote standardisiert nach Schweregrad (alle Patienten)	38,16%	E	>(BD)	38,16%	38,16%	2.425	6.355	(36,97;39,36)
13	Erfolgsquote leichte Fälle	45,49%	E	>(BD)	45,49%	45,49%	3.199	7.032	(44,33;46,66)
14	Erfolgsquote mittelschwere Fälle	24,25%	E	>(BD)	24,25%	24,25%	680	2.804	(22,70;25,87)
15	Erfolgsquote schwere Fälle	13,34%	E	>(BD)	13,34%	13,34%	273	2.047	(11,93;14,88)
16	Sekundärprophylaxe	97,85%	V	>(BD)	97,85%	97,85%	4.696	4.799	(97,40;98,23)
17	Follow Up Rate	41,19%	V	>(BD)	41,19%	41,19%	5.980	14.519	(40,39;41,99)