

Bundesweite Umsetzungsstrategie von A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten

Silvia Türk

Leiterin der Abteilung für Qualität im Gesundheitssystem im österreichischen Bundesministerium für Gesundheit

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) als Projekt zur bundesweiten Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten stellt einen Beitrag zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen dar. Die Vorteile des seit dem April 2011 entwickelten Systems liegen in der bundesweiten Ausrollung des Projekts, dem geringen Erhebungsaufwand der Datengrundlage durch den Einsatz von Routinedaten und der bundesweiten Vergleichbarkeit der Qualitätsindikatoren.

Eine Besonderheit der österreichischen Variante der Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten besteht darin, dass sich die relevanten Akteure des österreichischen Gesundheitswesens durch einen Beschluss in der Bundesgesundheitskommission zur Teilnahme an A-IQI inkl. Peer-Reviews verpflichtet haben. Das System umfasst daher bundesweit alle Krankenhäuser der Akutversorgung.

Organisatorische Struktur von A-IQI

Zur Lenkung des Projektes wurde eine nationale Steuerungsgruppe eingerichtet, die alle Grundsatzentscheidungen über die Ausrichtung des Projekts trifft. Dazu gehören in erster Linie die Festlegung der bundesweiten Schwerpunktindikatoren, die Weiterentwicklung bzw. Neuentwicklung von Indikatoren sowie die Entscheidung über die Durchführung von Peer-Reviews in statistisch auffälligen Krankenhäusern. Die nationale Steuerungsgruppe setzt sich aus je einem/einer Vertreter/in aller neun Landesgesundheitsfonds, des PRIKRAF (Privatkrankenhäuser-Finanzierungsfonds), des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungen sowie des Bundesministeriums für Gesundheit zusammen. Unterstützend wurde 2012 ein eigener wissenschaftlicher Beirat eingerichtet, der inhaltliche und fachliche Vorschläge für die nationale Steuerungsgruppe erarbeitet und zur Optimierung des Systems beitragen soll. In diesen Beirat werden bei Bedarf auch anerkannte Expert(inn)en aus dem In- und Ausland für spezifische Fachbereiche hinzugezogen. Für die operativen Belange des Projektes wurde im Bundesministerium für Gesundheit eine A-IQI Geschäftsstelle eingerichtet.

Bisherige Umsetzungsschritte

A-IQI ist nach der Einführungsphase und der Veröffentlichung eines A-IQI Berichtes in den Routinebetrieb übergegangen (www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsmessung/). Bisher wurde vor allem an den Strukturen und Abläufen des Projektes gearbeitet,

wurden Datenanalysen durch die Verantwortlichen der Landesgesundheitsfonds und Krankenhäuser durchgeführt.

Ausserdem wurde intensiv an der Information der Verantwortlichen auf mehreren Ebenen gearbeitet. In einem ersten Schritt wurde den Landesgesundheitsfonds sowohl Hilfestellungen für die Auswertungssoftware angeboten als auch Einblicke in den Ablauf der geplanten Peer-Review-Verfahren vermittelt. In einem zweiten Schritt wurde sowohl die Managementebene der Krankenhäuser als auch die Primärärztinnen und Primärärzte durch bundesländerweise organisierte Informationsveranstaltungen in das Projekt eingebunden. Im dritten Schritt wurden in bisher insgesamt zehn Schulungen insgesamt 100 Primärärztinnen und Primärärzte zu Peer-Reviewern nach dem Vorbild Deutschlands nach IQM-Standard ausgebildet und somit mit den Feinheiten des Systems vertraut gemacht. Zudem wird das Projekt laufend den wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgestellt, die auch eingeladen werden, im Rahmen des wissenschaftlichen Beirates ihre fachliche Expertise zur Verfügung zu stellen.

Besonderheiten der Darstellung der österreichischen Indikatoren

Es werden derzeit 36 Bereiche mit insgesamt ca. 116 Indikatoren herangezogen und ausgewertet. Die Indikatoren beschreiben Krankheitsbilder. Die Darstellung der österreichischen Ergebnisqualitätsindikatoren nach A-IQI unterscheidet sich von jener der G-IQI Indikatoren insofern, dass neben dem Zielbereich auch Konfidenzintervalle für die Indikatorergebnisse berechnet werden. Als «statistisch auffällig» werden dabei jene beobachteten Werte bezeichnet, die sowohl ausserhalb des Zielbereichs als auch ausserhalb der berechneten Konfidenzintervalle liegen.

Von der Analyse zum Kernstück des Verfahrens: Peer-Review

Das Projekt A-IQI stützt sich in seiner operativen Ausgestaltung auf 5 Analyseschritte. Im ersten Schritt werden die routinemässig für Abrechnungszwecke erhobenen Daten gemäss den A-IQI Definitionen aufbereitet und die insgesamt 116 Einzelindikatoren berechnet sowie die Daten ersten Plausibilitätstests durch das Bundesministerium für Gesundheit unterzogen.

Der zweite Analyseschritt beruht auf der Analyse jener Indikatoren, die «statistisch auffällig» sind durch die Landesgesundheitsfonds bzw. dem PRIKRAF. In diesem Schritt werden vertiefende Datenplausibilitäts-

Korrespondenz:
Dr. med. Silvia Türk
Bundesministerium für Gesundheit
Gesundheitssystemforschung
Abt. I/B/13
Radetzkystrasse 2
A-1030 Wien
[silvia.tuerk\[at\]bmg.gv.at](mailto:silvia.tuerk[at]bmg.gv.at)

prüfungen durchgeführt und Fragen im Zusammenhang mit den Feinheiten der Codierungen analysiert.

Im dritten Analyseschritt werden die betroffenen Krankenanstalten bzw. Abteilungen aufgefordert, eine Selbstanalyse durchzuführen und die Daten bzw. die dahinterliegenden Sachverhalte ebenfalls einer Analyse zu unterziehen und die Ergebnisse an den Landesgesundheitsfonds zurückzumelden.

Das System umfasst bundesweit alle Krankenanstalten der Akutversorgung.

Im vierten Schritt wird laut vereinbartem Ablauf an den betroffenen Abteilungen eine Fremdanalyse im kollegialen Dialog durchgeführt. Dazu werden die nach IQM-Standard durchgeführten Peer-Reviews als Instrument eingesetzt und die für die Auffälligkeiten verantwortlichen Fälle durch externe und speziell geschulte Peer-Reviewer durchgesehen und anschliessend im kollegialen Dialog mit den verantwortlichen Primarärztinnen und Primärärzten sowie der ärztlichen Leitung analysiert. Die Durchführung von Peer-Reviews wird in der nationalen Steuerungsgruppe beschlossen, Krankenanstalten haben allerdings auch die Möglichkeit, selbst Peer-Reviews anzufordern.

Aus dem Peer-Review sollen sich im fünften und letzten Schritt schliesslich gemeinsam erarbeitete konkrete Verbesserungsmassnahmen ableiten, die in letzter Konsequenz zu einer Qualitätsverbesserung an den jeweiligen Abteilungen und in den Krankenanstalten führen sollen.

Peer-Review und ihr Platz in der Medizin

Peer-Review wörtlich übersetzt heisst «nochmalige Durchsicht durch einen Ebenbürtigen» und ist eine Form der externen Evaluation. Der Grundstein für das Peer-Review-Verfahren wurde in den USA gelegt und seit den 80er Jahren auch in anderen Ländern verwendet. Übergeordnetes Ziel ist die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Kernstück des Peer-Review-Verfahrens ist es, einen Massnahmenplan interdisziplinär zu erstellen. Dieses primär von Ärzten für Ärzte aus eigenem Antrieb heraus entwickelte Verfahren bietet die Chance, die eigene medizinische Qualität mit geringem bürokratischem Aufwand und direktem Wissenstransfer zu verstärken.

Ablauf einer Peer-Review

Eine Peer-Review läuft typischerweise in drei Schritten ab.

- Selbstbewertung;
- Fremdbewertung und kollegialer Dialog im Rahmen eines Vor-Ort-Besuches;
- Vorschlag von qualitätsverbessernden Massnahmen und Zeitrahmen zur Umsetzung

Bei der Selbst- und Fremdbewertung wird nach demselben strukturierten Verfahren vorgegangen. Wichtig ist dabei, dass dieses Vorgehen «nutzbringend» für die Besuchten ist.

Abgrenzung zu verwandten Verfahren

Bei Zertifizierungsverfahren stehen vor allem Konformitätsprüfungen einer Norm im Mittelpunkt. Der Auditor fragt, hört und bewertet überwiegend Konformitäten. Beim Peer-Review werden Ideen, Ansätze und Konzepte zur Qualitätsverbesserung von Anfang an gemeinsam von allen Beteiligten erarbeitet.

Im Rahmen der Einführung der Peer-Review-Verfahren wurde eine Begleitevaluierung durchgeführt. Folgende kritische Erfolgsfaktoren kristallisierten sich in Bezug auf das Verfahren als auch hinsichtlich der Kompetenz der Peers heraus:

- Bedarf eines systematischen und strukturierten Bewertungsverfahrens;
- Notwendigkeit eines unabhängigen multidisziplinären externen Peer-Review-Teams;
- Sanktionsfreiheit für die Teilnehmer/innen;
- Bekenntnis zum voneinander Lernen und Austausch von Best Practice-Beispielen;
- Fachkompetenz, Erfahrung und Position der Peers;
- Methodische und persönliche Kompetenz des Peers.

Aus der Erfahrung des vergangenen Jahres lässt sich die Förderung der Sicherheitskultur und eine selbstbestimmte Qualitätsförderung und -entwicklung durch die ärztliche Profession erkennen.

Die nächsten Schritte in A-IQI

Neben dem standardisierten Ablauf der Analyse von statistisch auffälligen Indikatoren und die Implementierung der Peer-Reviews können die Landesgesundheitsfonds und die Krankenanstalten-Trägergesellschaften auch jederzeit selbst Auswertungen durchführen und gezielt Verbesserungsmassnahmen umsetzen. Dies wird u. a. dadurch ermöglicht, dass die Auswertungssoftware von der A-IQI Geschäftsstelle im Bundesministerium den Landesgesundheitsfonds bzw. dem PRIKRAF und in manchen Bundesländern bereits den Krankenanstalten-Trägergesellschaften zur Verfügung gestellt wird. Der Projektbericht ist auf der Homepage des Bundesministeriums bereits veröffentlicht und im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes A-IQI als zentrales Instrument für Ergebnisqualität definiert, kontinuierlich wird an der Feinadjustierung und Weiterentwicklung des Systems gemeinsam mit den Wissenschaftlichen Gesellschaften gearbeitet.

Die Akzeptanz des A-IQI Systems ist in Österreich sehr hoch, vor allem bei den Primarärztinnen und Primärärzten und den ärztlichen Direktor(inn)en.

Interaktiver Artikel



Wollen Sie diesen Artikel kommentieren? Nutzen Sie dafür die Kommentarfunktion in der Online-Version oder sehen Sie nach, was Ihre Kolleginnen und Kollegen bereits geschrieben haben: www.saez.ch/aktuelle-ausgabe/interaktive-beitraege/