

**International  
QUALITY INDICATOR PROJECT®  
der MHA**



*Austrian*

**P**articipation



*Österreichische Teilnahme*



BUNDESMINISTERIUM  
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN





## Das Quality Indicator Project® der MHA\*

### PLANEN MESSEN – VERGLEICHEN VERBESSERN

Ergebnisorientierte Indikatorenvergleiche innerhalb des internationalen Quality Indicator Projects® ermöglichen die Einschätzung der Versorgungsqualität, um gezielt Verbesserungen durchführen zu können.

Nationale Koordinationsstelle QI-Project Austria (AUQIP®)  
Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung  
Universität Linz

**Leiterin der Koordinationsstelle: Dr. Reli Mechtler**

Altenbergerstr. 69, A-4040 Linz

Tel.: 0732 2468 9383/9389

Fax: 0732 2468 9347

E-mail: [ipg@jk.uni-linz.ac.at](mailto:ipg@jk.uni-linz.ac.at)

Internet: <http://www.ipg.uni-linz.ac.at>

<http://www.InternationalQIP.com>

<http://www.gesundheit.bmsg.gv.at>

Jänner 2003

\* Maryland Hospital Association





## Vorwort

Seit mehr als einem Jahrzehnt sind alle Industrienationen mit ähnlichen Herausforderungen im Feld der Gesundheitspolitik und der Bereitstellung angemessener und qualitativ hochstehender Gesundheitsleistungen konfrontiert. Gesundheitspolitisch wird die Wirtschaftlichkeit und die Kostenfrage bei gleichzeitiger Erhaltung bzw. Verbesserung der Qualität in den Vordergrund gerückt, auch wenn in der Zwischenzeit belegt ist, daß der Fokus auf die Kosten Qualität mindert, der Fokus auf die Qualität aber Kosten eindämmt. Aber welche Qualität hat die Versorgung der Patienten in unseren Einrichtungen? Machen wir das Richtige? Machen wir es gut? Und woher wissen wir es? Derartige Fragen stellen sich Träger und Leiter von Krankenanstalten ebenso wie Ärzte oder andere in der Gesundheitsversorgung Tätige. Die Suche nach objektivierbaren Methoden, mit denen sich die Qualität, der in Gesundheitseinrichtungen angebotenen Versorgung der Patienten messen, aufzeigen und verbessern lässt, gehört heute zu den vordringlichsten Aufgaben des Gesundheitswesens.

Neben dem Aspekt der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sollte die Messung klinischer Versorgungsleistung wesentlich zur kontinuierlichen Verbesserung beitragen.

Erfreulicherweise werden in Österreichs Krankenanstalten bereits eine Fülle von Konzepten und Strategien zum Qualitätsmanagement angewandt, wenngleich es sich großteils um punktuelle Initiativen handelt. Was fehlt, sind Konzepte zur Einschätzung der Versorgungsqualität. Dazu bedarf es valider, getesteter Messgrößen (Indikatoren). Diese zu entwickeln ist zeit- und kostenintensiv. Daher hat sich das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen entschieden, vorhandene Erfahrungen zu nützen. Nach Überprüfung bestehender Evaluationssysteme wurde das „Quality Indicator Projekt“® der MHA ausgewählt, da es nicht nur getestete, valide Indikatoren, sowie einheitliche Methodik und Definition anbietet, sondern auch ein umfassendes Set an Messgrößen.

Dr. Reli Mechtler



<b>Table</b>	<b>Page</b>	<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>Introduction</b>	1	<b>Überblick</b>	1
<b>Participation</b>	2	<b>Informationen zur Teilnahme</b>	2
<i>What does it cost</i>	3	<i>Kosten für die Teilnahme</i>	3
<i>What do we get in return</i>	3	<i>Was wird für die jährliche Teilnahmegebühr geboten</i>	3
<i>What about facility training</i>	4	<i>Einführungstraining</i>	4
<i>Are my data confidential</i>	4	<i>Vertraulichkeit und Datenschutz</i>	4
<b>Material and Services</b>	5	<b>Materialien und Unterlagen</b>	5
<i>QI-Project® data collection software</i>	5	<i>Software</i>	5
<i>QI-Project® implementation manual</i>	6	<i>Indikatorenhandbuch</i>	6
<i>Education and Implementation Materials</i>	6	<i>Zur Verfügung stehende Datensets</i>	6
<i>Custom Reports</i>	7	<i>Berichte</i>	7
<i>National Users Group</i>	7	<i>Anwendertreffen</i>	7
		<b>Was bringt eine Teilnahme</b>	8
		<b>Fallstudien</b>	9
		<b>Bisherige Erfahrungen in Österreich</b>	10
<b>List of Indicators</b>	18	<b>Österreichische Teilnehmer</b>	11
		<b>Liste der Indikatoren</b>	12

Die vorliegende Broschüre ist in englisch und deutsch gehalten. Der deutschsprachige Text orientiert sich an den Bedürfnissen und Gegebenheiten der österreichischen Spitäler und weicht deshalb stellenweise vom englischen Text ab. Er liefert darüberhinaus die wichtigsten Informationen für österreichische Krankenanstalten.





## Introduction

When the Quality Indicator Project® got its start in 1985, the MHA staff never imagined it would encompass its present scope. Yet, despite its 1,400-plus health care participants, growing staff, and rigorous agenda of research initiatives, the Project still operates much like the research project it was 13 years ago.

The QI Project® began as a voluntary pilot project of seven Maryland hospitals. Their task was to test clinical performance measures for data collectability and usefulness in quality improvement activities. The ultimate goal of the QI Project® was (and is) to serve as a tool to assist organization leadership in overseeing patient care quality and identifying opportunities for improvement. Since the Project's inception, the number of participants has grown from seven to more than 1,900 spanning acute, psychiatric, long-term and home care environments.

Feedback to Project participants takes the form of quarterly data reports which allow for comparison to aggregate rates, as well as for longitudinal trending. In addition, many participants take advantage of the Project's custom reporting capabilities, so as to compare themselves with a more narrowly defined peer group. Data collection, submission, and application are simplified by sophisticated, yet user-friendly software programs provided to all participants.

The QI Project's mission is to develop valid indicators that are useful in participants' efforts to understand and improve their performance. Over the years, participants have seen important evolutions in the indicator definitions. The Project's continuous efforts to refine and improve the indicators demonstrates its ongoing commitment to validity assessment. The Project recommends that participants use comparative QI Project data on an internal basis. Some participants, however, find value in sharing their rates and comparative data with external audiences for educational purposes. Decisions regarding with whom and how to share organization-specific data are entirely at the discretion of individual participants.

The most important thing to emphasize, however, is that despite the sophisticated software programs, report formats, and cadre of experts conducting validity assessment, the QI Project® is not solely a data-centered initiative.

## Überblick

Qualitätsarbeit wird in österreichischen Gesundheitseinrichtungen bereits größtenteils als Notwendigkeit gesehen. Wenn es allerdings darum geht, die erreichte Qualität zu bewerten, dann fehlen vielfach die entsprechenden Instrumente (Ergebnisindikatoren/einheitliche Methodik). **Solange wir jedoch nicht wissen, wo wir mit unserer Qualität stehen, wissen wir auch nicht, ob und welche Verbesserungen angestrebt werden müssen.** Bisherige Methoden zur Leistungsbeurteilung legen ihr Hauptaugenmerk nahezu völlig auf Verfahrens- und Strukturparameter um zu ermitteln, ob eine Einrichtung gute Versorgung bieten kann, nicht ob sie es tut. Diese Methoden bieten sich auch nicht für Vergleiche zwischen verschiedenen Arten von Einrichtungen an. Ergebnisindikatoren konzentrieren sich darauf, was mit dem Patienten geschieht, und können, wenn sie quantifiziert und angepasst sind, quer durch Einrichtungen verglichen werden.

Ein vielversprechendes Modell, das dem genannten Ansatz entspricht und kontinuierliche Qualitätsverbesserung in Krankenanstalten unterstützt, stellt das "Quality Indicator Project®", in Folge QI-Project oder QIP genannt, der Maryland Hospital Association dar, welches 1985 für Spitäler in Maryland in den USA entwickelt wurde und an dem sich inzwischen weltweit über 1900 Spitäler beteiligen. In folgenden europäischen Ländern wird dieses Projekt innerhalb unterschiedlicher QS-Systeme von einer wachsenden Anzahl von Spitälern genutzt. Belgien (16), England (138), Niederlande (3), Deutschland (7), Österreich (36) und Portugal (8). Zunehmendes Interesse zeigen die Schweiz und EU-Anwärter wie Ungarn und Polen.

Beim QIP handelt es sich um ein Forschungsprojekt, das ergebnisorientiert anhand weltweit validierter Indikatoren den teilnehmenden Krankenanstalten **nationalen** wie auch **internationalen Vergleich** von Versorgungsprozessen und in Folge **Benchmarking-Aktivitäten** ermöglicht.

Die **Rückmeldung** an die Projektteilnehmer erfolgt innerhalb von vierteljährlichen Berichten mit aggregierten Vergleichsdaten des Gesamtprojektes sowie den individuellen Spitalsdaten.

We - Project participants and staff - are all educators and students at heart. The bulk of the Project's human resources is aimed in this direction - whether developing educational materials, conducting user groups and educational sessions in the field, learning from the efforts of Project participants to understand and put their data to work, or assisting in participants' benchmarking and networking activities. The motivating factor behind the Project is not the data, but discovering the "why" behind the data.

Diese werden zudem im Zeitverlauf dargestellt, um Trendaussagen zu ermöglichen. Darüber hinaus können Vergleiche mit Versorgungseinrichtungen nach ausgewählten Merkmalen (Peer-Groups) erstellt werden. Die Datenerfassung erfolgt online.

In diesem Projekt werden die Krankenanstalten zur Selbstbewertung ermutigt, es werden Vergleiche mit anderen Krankenanstalten ermöglicht und die **Anonymität** sowie die **Vertraulichkeit** bleiben gewahrt.

Daraus ergibt sich als **primäres Ziel dieses Projektes**, der Spitalsleitung und den Mitarbeitern ein Instrument an die Hand zu geben, um Ihnen die **Einschätzung der Versorgungsqualität** ihres Hauses zu ermöglichen, und **zielgerichtet Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenversorgung** setzen zu können.

Es handelt sich dabei nicht um ein Datenprojekt an sich, sondern vielmehr um einen lösungsorientierten Ansatz. Damit erhalten die teilnehmenden Spitäler entsprechende Voraussetzungen, um "ständig besser zu werden"; d.h. "besser", im Sinne von **patientenorientierter** und **kostenbewusster** agieren zu können.

## Participation

Health care organizations join the Project through a coordination organization. New Project coordinators should have at least five facilities to participate. All potential participants must demonstrate board-level commitment to quality improvement with medical staff support. Start dates for new health care organizations coincide with start dates for calendar quarters.

## Informationen zur Teilnahme

Damit Spitäler eines Landes an diesem internationalen Projekt teilnehmen können, bedarf es einer nationalen Koordinationsstelle. In Österreich wird diese vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen unterstützt. Die Koordinationsstelle betreut die beteiligten Spitäler, vermittelt das entsprechende Wissen und unterstützt die Spitäler bei der Implementierung, der Datenerfassung, bei der Interpretation der Berichte sowie bei den weiteren Analysen. Darüber hinaus ist sie für die Kommunikation mit der zentralen Projektstelle, dem Center for Performance Sciences, Inc., ElkrIDGE, Maryland, zuständig.

Im April 1998 wurde mit sechs österreichischen Spitalern begonnen, inzwischen nützen 35 stationäre Einrichtungen diese internationalen Vergleiche (siehe Seite 11)

## What does it cost?

Health care organizations participating in the Project pay an annual participation fee for which they receive all the software, materials, services, and consultation directly associated with the Project. Participation fees are determined by a facility's level of participation. Each facility pays an annual Project access fee and fees for the indicator sets in which it participates. Coordinating organizations often charge their participating health care organizations an administrative fee to help defray the costs associated with sponsoring the Project. Administrative fees vary from sponsor to sponsor.

## What do we get in return?

The materials and services provided to participants are designed to facilitate data collection, ease the process of implementing the Project, and support educational and quality improvement initiatives utilizing QI Project® data. Briefly, these include: QI Project® Implementation Manual, QI Project® data collection software, QI Project® graphing software, quarterly reports, access to custom reporting capabilities, educational materials, Target: Quality, semi-annual National Users Groups meetings, technical support, and an extensive participants-only section on the Project's web site. Complete descriptions of each of these items and services are provided in the "Materials and Services" section.

## Kosten für die Teilnahme

Der Wunsch der Spitäler ergebnisorientiert ihre Versorgungsleistung zu messen, um ihre Qualitätsverbesserungen besser einschätzen zu können, steigt. Dafür benötigen die Spitäler Indikatoren (Messgrößen), die interpretierbar und valide genug sind, um ihnen für die Einschätzung, in welchen Bereichen Verbesserungen nötig sind, die notwendigen Informationen zu liefern. Allerdings ist das Entwickeln und Testen valider Indikatoren sehr kosten- und zeitintensiv. Innerhalb dieses internationalen Quality Indicator Projects® kann auf jahrelang getestete und valide Indikatoren zurückgegriffen werden.

Die dafür entstehenden Kosten gliedern sich wie folgt:

Die jährliche Teilnahmegebühr, die pro Krankenanstalt an die zentrale Projektstelle in Maryland entrichtet werden muß, richtet sich nach der Teilnahme an den Indikatorensets bzw. nach der Anzahl der teilnehmenden Häuser eines Landes. Für das Set der stationären Akut-/Allgemeinversorgung (sh. S. 12 bis 14) sind es derzeit für österreichische Häuser \$ 8.350,00 pro Jahr. Für Psychiatrie-, Homecare- und Langzeitindikatoren (sh. S. 14 bis 16) entsprechend weniger (\$ 3.840,00 )

## Was wird für die jährliche Teilnahmegebühr geboten?

Es sind prinzipiell alle Leistungen innerhalb des QIP inkludiert:

- Projektsoftware zur Datenerfassung und Graphikprogramme (online)
- Indikatorenmanual
- Einführungstraining (2 Tage)
- Vierteljährliche Berichte: spitalspezifische Berichte im Vergleich mit dem Gesamtprojekt, nationale und internationale Vergleiche, sowie mit ausgewählten Spitalern nach bestimmten Merkmalen
- Unterstützung bei der Implementierung, Datenerfassung und bei den Analysen

The Project help us to meet the Joint Commission's Accreditation requirement.

The Quality Indicator Project's indicator sets all have been included on the list of programs that satisfy the JCAHO (Joint Commission of Accreditation in Health Care Organizations) initiatives.

### What about facility training?

All health care organizations in the Project are trained by QI Project® staff prior to their start date. Mandatory training ensures that all participants are fully versed in indicator definitions, data elements, data sources, and Project philosophy.

### Are my data confidential?

Each participant receives a unique QI Project identification number from its coordinating organization which is used for all data entry and reports. Indicator data used within the context of a participant's peer review process are protected by state peer review statutes.

Can the QI Project data be used publicly?

Aggregate data for certain indicators may be released to external audiences. Any data releases must be accompanied by the QI Project's disclaimer statement on interpreting aggregate data. Details and guidelines on using QI project data publicly are provided to all participants.

Release of individual, participant-specific data is at the discretion of each participant. The QI Project® reminds all participants, however, that the measures are best suited for use on an internal basis for quality improvement purposes. The Project also cautions participants against using the aggregate to establish performance thresholds or standards of care based on indicator rates.

Unterstützung bei Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung im Zusammenhang mit dem QIP-Daten, problem- und lösungsorientiertes Vorgehen sind ebenfalls inkludiert.

### Einführungstraining

Vor Beginn der Teilnahme an diesem Projekt sollte jedes Haus ein "QIP-Team" stellen, das an einem zweitägigen Einführungsseminar teilnimmt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die QIP-Teams aus 2-5 Personen bestehen sollten. Davon mindestens 1 Arzt/Ärztin, 1 Vertreter aus dem Hygieneteam und eine verantwortliche Person für die Erfassung der Daten. Das Training beinhaltet eine Schulung hinsichtlich der Indikatoren, der Benützung der Software und der Datenerfassung. Die Interpretation und Anwendung der Daten bilden einen weiteren Schwerpunkt.

### Vertraulichkeit und Datenschutz

**Vertraulichkeit** und **Anonymität** sind Hauptanliegen dieses Projektes. Jeder Teilnehmer erhält eine Identifikationsnummer von der Koordinationsstelle, welche für alle Daten- und Berichtstransfers verwendet wird.

Es besteht ein Vertrag zwischen der nationalen Koordinationsstelle und der QIP-Zentrale in Maryland sowie zwischen den einzelnen Spitälern und der nationalen Koordinationsstelle.

Die Verträge beinhalten vor allem Punkte zu:

- Vertraulichkeit der Daten und Projektinformationen (Es dürfen weder vom QIP-Center noch von der nationalen Koordinationsstelle Daten weitergegeben werden.)
- Eigentümer der individuellen Daten sind die jeweiligen Spitäler. Die Vergleichsstatistiken, Gesamtverteilungen etc. dürfen ohne Genehmigung der QIP-Zentrale nicht veröffentlicht oder weitergegeben werden.

Projektintention ist es, die Daten als interne Basis mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsleistung zu verwenden. Wesentlich ist darüber hinaus, dass die Daten nicht als Standards zu verstehen sind.

## Material and Service

### QI Project® data collection software

All participants receive access to the online software of the QI Project, which contains custom-designed software programs for each indicator set.

The software program also functions as a participant's indicator database, includes a graphing module (described below), and contains extensive on-line help files.

QI Graph, which is updated quarterly with aggregate data, interfaces with a participant's own indicator database to allow participants to generate comparative run charts, pie charts, and bar graphs at any time.

***In order to run QI Project® software, health care organizations and sponsor coordinators must have the following:***

- *VGA color monitor*
- *Access to the WWW with MS Internet explorer oder Netscape (each 4.0 or higher)*
- *Adobe Acrobat Reader 4.0 or higher*
- *File download*
- *Dispatch and receipt of mails with attachments*
- *Opening of zipped files*

## Materialien und Unterlagen

### Software

Mit Hilfe einer speziell für das QIP entwickelten Online-Software werden einerseits die Daten eingegeben und verwaltet andererseits ermöglicht diese Software jedem teilnehmenden Haus, eigene Analysen und Grafiken zu erstellen, die für weitere hausinterne Meetings verwendet werden können.

Die Vorteile der Online-Software liegen auf der Hand. Es ist keine Installation sowie ein jährliches Updaten der Software notwendig. Ebenso kann die Eingabe der Daten flexibel gestaltet werden, da diese nicht mehr auf einem bestimmten PC (Installation der PC-Software) erfolgen muss. Der Datentransfer ist unkompliziert und erfolgt verschlüsselt direkt während der Dateneingabe über das Internet. Auch eine eventuelle Datenkorrektur kann problemlos durchgeführt werden.

#### ***Hardware- und Softwarevoraussetzungen:***

- VGA color Monitor
- Internetzugang mit web browser (mind. MS Internetexplorer 4.0 oder Netscape 4.0)
- Adobe Acrobat Reader 4.0 oder höher
- Downloaden von Files
- Versand und Erhalt von e-Mails mit Attachments
- Öffnen gezippter Files

Für die Benützung der Software sowie die Darstellung aller verwendeten statistischen Maße liegt ein Leitfaden für die QIP-TeilnehmerInnen auf. Ebenso werden individuell auftretende Fragen durch die Nationale Koordinationsstelle geklärt.



## QI Project® Implementation manual

The implementation manual provides explicit indicator definitions; inclusions and exclusions; recommended data sources; indicator Q&A (Questions & Answers); and, data collection forms.

## Education and Implementation Materials

This series of publications enhances participant QA/QI professionals' ability to understand all aspects of the QI Project® and apply its results to CQI initiatives.

## Target Quality

This quarterly newsletter profiles the experiences of Project participants who have successfully improved processes of care by using QI Project® data. Target: Quality has led to many benchmarking and networking activities among participant representatives.

## Indikatorenhandbuch

Die Beschreibung der Indikatoren im Detail, die Voraussetzungen, welche Daten dazu benötigt werden, wie man die Daten erheben kann und in welcher Form, ist in einem Indikatorenmanual festgehalten, das sowohl in englischer als auch in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt wird.

Es werden vierteljährlich die aggregierten Daten erhoben und nicht die Daten von individuellen Patienten. Die aggregierten Daten werden kategorisiert, beispielsweise nach der Art der jeweiligen Station (z.B. Medizinische/ Chirurgische Intensivstation) erfasst.

Welche Indikatoren für das einzelne Spital relevant sind bzw. erfasst werden können, werden hausspezifisch gemeinsam mit der Koordinationsstelle festgelegt.

## Zur Verfügung stehende Indikatorensets\*

- Basisindikatoren. Dazu zählen Indikatoren für stationäre Akutversorgung/ Ambulanzversorgung (S. 12 bis 14)
- Indikatoren Psychiatrie (S. 14 bis 15)
- Indikatoren für Langzeitpatienten (S. 16)
- Indikatoren - Home Care (S. 17)

Indikatorenvergleiche können nur sinnvoll angewandt werden, wenn die Indikatoren laufend auf ihre Validität und Zuverlässigkeit hin überprüft sowie Surveys zur Einschätzung der Datenqualität (Conformance Assessment Survey) durchgeführt werden. Beides wird innerhalb dieses Projektes gewährleistet.

Auch wenn einzelne Indikatoren bereits außerhalb des QI-Projects erfasst und verglichen werden (bspw. in der Herzchirurgie oder im perinatalen Bereich), so liegt der Wert und der Vorteil beim QIP vor allem darin, dass die Indikatoren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und alle Teilnehmer die gleichen, abgestimmten Definitionen und Methoden verwenden.

\* Beschreibung der Indikatoren sh. Seite 12

## Custom Reports

Individual health care organizations and systems may request quarterly custom reports. Custom reporting enables participants to compare themselves to peer groups with specific characteristics. Individual participant reports are \$50 each. Group reports are \$100 each.

## National Users Group

Twice yearly, the QI Project® invites all sponsor coordinators to the Project's National Users Group (NUG) meeting. As the central coordinating body for the Project, this group is responsible for providing and analyzing feedback from participants and guiding the Project in its research endeavors.

## Reports (Berichte)

Wesentliches Element der Teilnahme an diesem Projekt ist das regelmäßige Feedback an die Spitäler in Form von ausführlich kommentierten Berichten. Diese werden vierteljährlich vom QIP-Center den Spitalern zur Verfügung gestellt. Es kann zwischen routinemäßigen Berichten und Berichten auf Anfrage unterschieden werden. Routinemäßige Berichte enthalten Vergleiche mit dem Gesamtprojekt sowie weitere internationale und nationale Vergleiche. Darüber hinaus werden auf Anfrage Vergleiche mit Peer-Groups erstellt. Dafür können bis zu fünf Charakteristika von den Häusern ausgewählt werden, die als Basis für diese Peer-Group-Vergleiche dienen.

## Anwendertreffen

Zweimal jährlich wird ein Treffen für die teilnehmenden Spitäler zum Erfahrungsaustausch organisiert.

Aus den Erfahrungen des langjährigen Gesamtprojektes hat sich gezeigt, dass die Spitäler im ersten Jahr den Schwerpunkt auf die internen periodischen sowie auf projektweite **Vergleiche** legen sollten (zur Orientierung).

Ab dem zweiten Jahr der Teilnahme kann dann bereits sehr effizient die Analysephase dahinterstehender Prozesse beginnen. Auf Wunsch werden Vorbereitungen zu Benchmarking-Aktivitäten gesetzt, die ebenfalls von dem Gesamtprojekt angeboten werden (wobei Benchmarking Vergleich von Prozessen und voneinander Lernen bedeutet und nicht Vergleichsanalysen von Werten und Raten)

## Was bringt eine Teilnahme?

In Österreichischen Spitälern werden ganz allgemein unterschiedliche Konzepte und Strategien zur Implementierung von QS-Systemen /QM-Modellen verwendet. Überwiegend werden Einzelaktivitäten gesetzt und in nur knapp 1/3 der Krankenanstalten kommen Qualitätsmanagementkonzepte zur Anwendung oder sind in Planung (Ergebnis der Studie "Evaluierung der qualitätssichernden Maßnahmen in österreichischen Krankenanstalten"\*).

Unabhängig davon, um welche methodischen Ansätze, Strategien und Projekte es sich handelt, es fehlt vielfach die übergeordnete Information über die Qualität der Versorgungsleistung eines Hauses. Diese Informationen können die Spitäler innerhalb des QI-Projektes im internen und externen Vergleich erhalten.

Wesentlich darüber hinaus ist, dass es bisher nur in Einzelfällen möglich ist, ergebnisorientierte, medizinische Indikatoren international zu vergleichen. Literaturrecherchen sind nicht nur zeitaufwendig, sondern die in der Literatur dargestellten Ergebnisse und Werte sind vielfach auch zwecks fehlender Hintergrundinformation (welche Methodik verwendet wurde, wie die Daten erhoben wurden, etc.) nur schwer bis nicht vergleichbar.

Das vorgestellte QIP arbeitet hingegen weltweit mit einheitlicher Methodik. Die Beschreibung der Indikatoren und die zu erfassenden Daten sind in allen Spitälern gleich und die Indikatoren selbst beruhen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Sie sind beispielsweise CDC (Centers for Disease Control) abgestimmt, risikoangepasst und es werden ASA-Kriterien (Klassifizierung der American Society of Anaesthesiologists) verwendet. Das Projekt arbeitet jedoch nicht nur mit medizinisch orientierten Indikatoren, sondern auch im Hinblick auf die Verbesserung von Organisations- und Koordinationsprozessen.

Das Projekt ist ausgesprochen **anwenderfreundlich** und ist für Spitäler **einfach zu handhaben**.

### Die Teilnahme an diesem internationalen QI-Project ermöglicht:

- ◆ Zugriff und Verwendung valider Indikatoren (einheitliche Definition + Methodik)
- ◆ Nationale/Internationale Spitalsvergleiche (Vergleiche mit anderen Spitälern im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen der KAG-Novelle 93)
- ◆ Peer -Group-Vergleiche
- ◆ Nutzung der Daten durch Analysen und Verbesserungsmaßnahmen (Aufbau einer Evaluationskultur)

weitere:

- Verbesserung der Dokumentationssysteme
- Förderung der Zusammenarbeit
- Hinführen zu kontinuierlichem Qualitätsmanagement (QM)
- Verbesserung der Effektivität
- langfristig gezielter Kosteneinsatz
- Wettbewerbsfähigkeit

Nachfolgende Beispiele österreichischer Teilnehmer zeigen auf, wie die Analyse dahinterstehender Prozesse erfolgen kann bzw. welcher Nutzen durch Indikatorenvergleiche gezogen werden kann.

\* Studie im Auftrag des BMSG, 1997



## Fallstudien

### Vergleiche - Analysen - Qualitätsverbesserungen

Wie nun Vergleichsdaten praktisch genutzt werden können, wird anhand des **Indikators "Ungeplante Wiederaufnahme auf eine Intensivstation"** eines teilnehmenden österreichischen Hauses aufgezeigt (1,2). Der klinische Stellenwert dieses Indikators ist außergewöhnlich hoch und durch Studien belegt, auch wenn die Gründe für eine ungeplante Wiederaufnahme selbstverständlich sehr vielschichtig sein können. Im projektweiten Vergleich mit 580 Intensivstationen (größtenteils in den USA) lag die operative Intensivstation des österreichischen Hauses bei der Wiederaufnahmerate knapp über dem 75igsten Perzentil. Wesentlich ist allerdings, dass die Höhe der Rate weder als "gute", noch als "schlechte" Qualität interpretiert werden darf, denn die Höhe der Rate gibt lediglich die Reflexion des traditionellen Managements einer Station im Bezug auf die Gesamtstruktur eines Krankenhauses wieder. Im gegenständlichen Beispiel kann die schwerpunktmäßige Versorgung von Patienten nach kardiothorakalen Eingriffen, welche erwiesenermaßen eine hohe Komplikationshäufigkeit in der perioperativen Phase aufweisen, die relativ große Wiederaufnahmerate erklären. Darüber hinaus spielen die strukturellen Gegebenheiten eine wesentliche Rolle. Trotz dieser bestehenden Situation unterstützt die laufende Auseinandersetzung mit den Vergleichsdaten, sich mit Verbesserungsmaßnahmen im Risiko-/Behandlungsmanagement auseinander zusetzen.

Zunächst wurde **in Zusammenarbeit mit dem Intensivteam eine Datenanalyse durchgeführt**. Diese ergab, dass 16 % der Wiederaufnahmen auf die Intensivstation innerhalb von zwei Tagen nach der Verlegung erfolgen und davon bei 85 % der Wiederaufnahmegrund "respiratorische Insuffizienz" ist. Daraufhin wurden **im Team Richtlinien für die Verlegung von Patienten auf die Normalstation** erarbeitet. Bereits die Auseinandersetzung während der Datenerhebung und im Besonderen bei der Entwicklung der Kriterien führte zu einem erhöhten Problembewusstsein und damit bereits zu ersten Verbesserungen. **Zwei Jahre danach hat sich im Trendverlauf gezeigt, dass die Verbesserungen konstant gehalten werden konnten.**

Weitere Beispiele aus österreichischen Häusern, wie die innerhalb des QIP angebotenen Indikatoren genutzt werden und zu Verbesserungen der Versorgungsleistung führen, liegen für den Indikator zu den **"ungeplanten Reoperationen"** und den **"Dokumentierten Stürzen"** vor. Ebenso wurden in der **Psychiatrie** die Vergleiche für interne Verbesserungsmaßnahmen genutzt. Aber auch die **Integration der QIP-Indikatoren in bestehende Qualitätssysteme** eines Hauses wurden bereits demonstriert (3).

### Beispiel aus dem Gesamtprojekt (4)

Mit den Indikatorenvergleichen können auch hausübergreifend Verbesserungen erzielt werden; beispielsweise nach der Entlassung. Ein kleineres Akut-Gemeindespital begann auf Grund einer erhöhten Rate von **ungeplanten Wiederaufnahmen** mit den Analysen. Es wurden **retrospektiv alle ungeplanten Wiederaufnahmen innerhalb von 31 Tagen in einem Zeitraum von 6 Monaten untersucht** (die Wiederaufnahmerate lag höher als der Median des QI Projekts).

Von den 147 wiederaufgenommenen Patienten im Zeitraum von Jänner bis Juni 96 waren 48% 60 - 80 Jahre alt und 47% aller Wiederaufnahmen waren Chronisch Kranke. Eine erweiterte Analyse zeigte, daß **nur 50% aller wiederaufgenommenen Patienten vor der Entlassung durch soziale Dienste oder Sozialarbeiter kontaktiert worden waren** und 76% dieser Fälle wurde nach Hause entlassen, ohne eine Überweisung an soziale Dienste außerhalb bzw. ohne daß die Hauskrankenpflege involviert worden wäre. Zusätzlich zeigte sich, dass 2/3 aller Patienten wiederaufgenommen worden waren, ohne dass sie in der Zwischenzeit von ihrem Hausarzt untersucht worden waren. Weiters zeigte die Analyse, dass die **meisten der Patienten Samstag, Sonntag oder Montag wieder aufgenommen** wurden.

Die Prozessanalyse zeigte einerseits zuwenig geschultes Personal in der Richtung aber auch zuwenig Information für die Patienten. Als **Sofortmaßnahme wurde die Information / der Kontakt mit den ambulanten sozialen Diensten hergestellt** und es wurden krankheitsabhängige weitere Möglichkeiten genutzt, wie beispielsweise Rehabilitation, Diabeteschulung etc.

<sup>1</sup> Brock, H; Mechtler, R.: Quality Indicator Project. Neue Qualitätsmaßstäbe im Gesundheitswesen. Teil I + Teil II in: *Managemed* 1/2000

<sup>2</sup> Brock, H; in: *Accountability through Measurement "A global Healthcare Imperative"* ASQ Quality Press, 2002

<sup>3</sup> Binder, S.: Tagungsband Ist Vienna Conference, BMSG 2003

<sup>4</sup> Target: Quality. Newsletter by MHA

Wenn keine entsprechenden sozialen Dienste verfügbar waren, wurde zusätzlich die Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Arzt forciert. Zudem wurden bei gefährdeten Patienten "follow-up" Telefonanrufe routinemäßig eingeführt. Die Patienten bzw. die Angehörigen bekamen auch zusätzlich detaillierte Entlassungsinstruktionen. Dieses Beispiel zeigt deutlich, wie auf Grund entsprechender interner Analysen, Struktur und Prozess verbessert werden konnte.

## Bisherige Erfahrungen in Österreich

### Zusammensetzung der bereits bestehenden QIP Teams aus den 33 teilnehmenden Spitälern

(siehe Tabelle auf S. 11)

### Zusammensetzung der bereits bestehenden QIP Teams in den österreichischen Häusern

- 2 - 5 Personen / je Haus / interdisziplinär besetzt und aus folgenden Bereichen: Ärztlicher Bereich: Anästhesie, Hygiene, Chirurgie, Interne, Gynäkologie, Pathologie; Diplom. Pflegebereich; Verwaltungsbereich.
- Je nach Auswahl der Indikatoren sind die entsprechenden Abteilungen involviert. (Ambulanz, Anästhesie, Kardiologie, Rheumatologie, Chirurgie, Orthopädie, Unfall, Gynäkologie, Interne, psychiatrische Abteilungen)

### Zeitaufwand für die Datenerfassung

Der Aufwand für die Datenerfassung ist je nach erfasstem Indikator unterschiedlich. Prinzipiell muß differenziert werden zwischen der **Implementierungsphase** (Planung / Einführung) und der **Routinephase**. In der **Implementierungsphase** benötigt man pro Indikator einmalig ca. 40 Stunden unter Berücksichtigung, dass in diesen Prozeß mehrere Personen involviert sind. In der **Routinephase** fallen pro Indikator durchschnittlich 2 Stunden pro Monat an. (Diese Durchschnittswerte berücksichtigen selbstverständlich, dass es Indikatoren gibt, die praktisch kaum einen zusätzlichen Aufwand erfordern, wie etwa die Erfassung der Mortalitätsrate.)

#### Bisher erfasste Indikatoren Austria

Ia Device-assoziierte Infektionen	(17*)	IX	Ungeplante Rückkehr auf ICU	(6*)
Ib Geräte-/Kathetereinsatz	(19*)	X	Ungeplante Rückkehr in den OP	(24*)
IIa Infektionen im chirurgischen Bereich	(18*)	XI	Perioperative Mortalität nach Bypassoperationen	(1*)
IIb Chirurgische Prophylaxe	(3*)	XIII	Dokumentierte Stürze	(8*)
III Mortalität	(26*)	XIV	Komplikationen bei Eingriffen unter Sedierung und Analgesie	(2*)
V Perioperative Mortalität	(21*)	A4	Registrierte Patienten, die die Notfallaufnahme vor Abschluss der Behandlung verlassen	(1*)
VI Kaiserschnitte	(8*)	A5	Absage der ambulanten Behandlung am Behandlungstag	(1*)

Stand: Jänner 2003

\* Anzahl der Häuser

## Teilnehmende österreichische Spitäler

### Akut:

- Krankenhaus St. Vinzenz in Zams
- Krankenhaus Rudolfstiftung Wien
- St. Josef Krankenhaus Wien
- Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
- Allgemeines Krankenhaus Wiener Neustadt
- Allgemeines Krankenhaus Waidhofen a. d. Taya
- Privatklinik Villach
- Allgemeines Krankenhaus Linz
- Krankenhaus der Elisabethinen Linz
- Landesfrauenklinik Linz
- Diakonissenkrankenhaus Linz
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz
- Unfallkrankenhaus Linz
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
- Landeskinderklinik Linz
- Landeskrankenhaus Bad Ischl
- Allgemeines Krankenhaus Braunau
- Landeskrankenhaus Buchberg
- Landeskrankenhaus Enns
- Landeskrankenhaus Freistadt
- Landeskrankenhaus Gmunden
- Allgemeines Krankenhaus Grieskirchen
- Landeskrankenhaus Kirchdorf
- Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
- Landeskrankenhaus Rohrbach
- Landeskrankenhaus Schärding
- Ö. Sonderkrankenanstalt Sierning
- Landeskrankenhaus Steyr
- Landeskrankenhaus Vöcklabruck
- Allgemeines Krankenhaus Wels

### Psychiatrie:

- NÖ. Landesnervenklinik Gugging
- ÖO Landesnervenklinik Wagner-Jauregg Linz
- Psychiatrische Klinik Wels
- Psychiatrische Klinik Gmunderberg

### Langzeitpflege

- Neurologiezentrum Kapfenberg

(Stand Jänner 2003)

## Liste der Indikatoren

### Indikatoren Stationäre Behandlung

#### Indikator I-a: Device-assoziierte Infektionen

Diesen Indikator kennzeichnen Infektionen bei

- zentralvenösem Katheter,
- durch künstliche Beatmung entstandene Pneumonien,
- durch Katheter verursachte Harnwegsinfektionen.

Die verwendeten Subraten werden nach definierten Spezialabteilungen kategorisiert.

#### Indikator I-b: Geräte/Kathetereinsatz

Damit wird die Intensität der Geräte/Katheternutzung erfasst, welche das Risiko einer Infektion für den Patienten erhöht.

- Einsatz zentralvenöse Katheter
- Einsatz Beatmungsgeräte
- Einsatz Harnwegskatheter

#### Indikator II-a: Infektionen im chirurgischen Bereich

Der Indikator II-a bedient sich des CDC (Centers for Disease Control) - NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System) - Index zur Kontrolle eines inhärenten Risikos für den Patienten. Die Subraten dieses Index legen das Hauptgewicht auf folgende Eingriffe

- CABG (Koronare Bypass Transplantate) nur mit Brustkorböffnung sowie
- CABG mit Brustkorböffnung und mit Spender/Organentnahmeeingriff (z.B. Beinvene)
- Hüftendoprothesen
- Knieendoprothesen
- Abdominale Hysterektomien

#### Indikator II-b: Chirurgische Prophylaxe

Dieser Indikator enthält besondere Raten betreffend Anwendung, Timing und Dauer präoperativer Prophylaxen bei spezifischen Diagnosen:

- Koronarer Bypass
- Hüftgelenksplastiken
- Kniegelenksplastiken
- Appendektomien
- Abdominale Hysterektomien
- Vaginale Hysterektomien

#### Indikator III: Mortalität stationärer Patienten

Dieser Indikator liefert Raten zur Gesamtmortalität sowie diagnosegruppenbezogen.

#### Indikator IV: Neonatale Mortalität

Dieser Indikator beinhaltet vier Geburtsgewichtskategorien und klassifiziert die neonatale Mortalität nach

- "Neugeborenen aus krankenhausinternen Geburten" und
- "Zugewiesenen Neugeborenen" mit insgesamt vier Subraten.

#### Indikator V: Perioperative Mortalität

Dieser Indikator bezieht den Risiko-Zustand des Patienten vor dem Eingriff mit ein (ASA-Klassifizierung = Klassifizierung der American Society of Anaesthesiologists)

#### Indikator VI: Kaiserschnitte (KS) und Wehenmanagement

Dieser Indikator umfasst Raten für

- Gesamt-Kaiserschnitt-Rate
- primäre Kaiserschnitte
- wiederholte Kaiserschnitte
- Vaginalgeburten (VBACs) nach früherem Kaiserschnitt

Zusätzlich kann eine Rate für

- erfolgreiche Weheneinleitung bei Patientinnen mit früherem KS erfasst werden.

**Indikator VII: Unvorhergesehene / nicht geplante Wiederaufnahmen wegen gleicher oder zusammenhängender Beschwerden**

Dieser Indikator enthält Raten für unvorhergesehene Wiederaufnahmen

- innerhalb 15 Tagen nach vorheriger Entlassung sowie
- 31 Tagen nach vorheriger Entlassung.
- Weiters Subraten, die Wiederaufnahmen innerhalb dieser Zeitperioden diagnosebezogen erfassen.

**Indikator VIII: Nicht geplante Aufnahmen nach ambulanter Behandlung**

Die Kategorisierungen erfolgen nach chirurgischen Ambulanzkategorien:

- Herzkatheter
- diagnostische Endoskopien
- alle anderen ambulanten Verfahren.

Innerhalb dieser Subraten wird differenziert, ob eine

- stationäre Aufnahme
- Aufnahme zur Beobachtung oder
- stationäre Aufnahme plus Beobachtung erfolgte.

**Indikator IX: Ungeplante Rückverlegung (Rückkehr) auf eine Intensivstation (ICU)**

Alle nichtgeplanten Rückverlegungen in eine Abteilung mit spezieller Versorgung während ein und desselben stationären Aufenthaltes eines Patienten.

**Indikator X: Ungeplante Rückkehr in den Operationsraum**

**Indikator XI: Perioperative Mortalität für Patienten nach Bypassoperationen**

Dieser Indikator bezieht den Risiko-Zustand des Patienten vor dem Eingriff mit ein (ASA-Klassifizierung)

**Indikator XII: Maßnahmen zu physischen Einschränkungen**

Der Gebrauch physischer Einschränkungen mag in gewissen Fällen notwendig sein, aber kann ernste Konsequenzen für den Patienten haben.

**Indikator XIII: Dokumentierte Stürze**

Dieser Indikator beinhaltet Subraten für:

- dokumentierte Stürze
- unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten und der Gründe, die zu einem Sturz führten
- dokumentierte Stürze mit Verletzungsfolge. Hier wird ein Score von 1-3 im Hinblick auf die Schwere der Verletzung verwendet

**Indikator XIVa: Komplikationen bei Eingriffen unter Sedierung und Analgesie auf Intensivstationen**

**Indikator XIVb: Komplikationen bei Eingriffen unter Sedierung und Analgesie in Herzkatheterlabors**

**Indikator XIVc: Komplikationen bei Eingriffen unter Sedierung und Analgesie in Einrichtungen für endoskopische Untersuchungen**

**Indikator XIVd: Komplikationen bei Eingriffen unter Sedierung und Analgesie in Einrichtungen der Notfallaufnahme**

**Indikator XIVe: Komplikationen bei Eingriffen unter Sedierung und Analgesie in der Radiologie**

**Indikator XV: Dekubitus**

Es werden Prävalenz und Inzidenzraten zur Verfügung gestellt.

In Diskussion stehen ferner die Wundinfektionen auf weitere häufig durchgeführte Tracerdiagnosen auszuweiten. Zusätzlich ist geplant, einen Indikator für "Medication Errors" aufzunehmen.

## Indikatoren: Ambulanz / Ambulante Behandlung

### Indikator A1: Ungeplante Rückkehr in die Notaufnahme wegen gleicher oder zusammenhängender Beschwerden

Dieser Indikator enthält aufgeschlüsselte Raten für Patienten, die

- ungeplant in die Notaufnahme wiederkommen innerhalb 72h, innerhalb 48h, innerhalb 24h
- stationäre Aufnahme nach ungeplanter Rückkehr innerhalb 72h, innerhalb 48h, innerhalb 24h

### Indikator A2: Verweildauer der registrierten Patienten in der Notaufnahme

Die Spitäler können eine der angegebenen Raten oder mehrere auswählen:

Patienten in der Notaufnahme zwischen

- $\leq$  2 Stunden,
- $> 2$  aber  $\leq$  4 Stunden
- $> 4$  aber  $\leq$  6 Stunden
- $> 6$  Stunden

Weiters können die Einrichtungen innerhalb dieser genannten Zeitrahmen je nach Disposition des Patienten bei Entlassung aus der Notaufnahme folgende Subraten verwenden.

- nach Hause entlassen
- zur Beobachtung aufgenommen,
- stationär aufgenommen,
- in andere Einrichtungen überwiesen,
- Sonstiges

Indikator A3: Notaufnahmefälle, bei denen Unterschiede zwischen Röntgen- Erstbefund durch den Aufnahmearzt und Röntgen-Endbefund Änderungen im Patienten-Management erforderlich machten

Indikator A4: Registrierte Patienten, die die Notaufnahmeeinheit vor Abschluss der Behandlung verlassen.

### Indikator A5: Absage der ambulanten Behandlung am Behandlungstag

Dieser Indikator prüft Behandlungsabsagen insgesamt und differenziert nach dem Initiator (Krankenhaus/Einrichtung oder Patient). Subraten sind nach chirurgischen ambulanten Kategorien geordnet:

- Herzkatheter,
- diagnostische Endoskopien,
- alle anderen ambulanten Verfahren.

## Indikatoren: Psychiatrische Behandlung

Differenziert teilweise nach Einheiten für Erwachsene und Jugendliche

### Indikator PSY I: Selbstgefährdung und/oder Gefährdung anderer

Dieser Indikator hat zwei Subraten:

- Selbstgefährdung
- Gefährdung anderer

### Indikator PSY II: Unvorhergesehene Abgänge, die zur Entlassung führen

- Ungeplante Abgänge, die zur Entlassung führen
- Verlassen der Einheit (Abteilung) gegen den ärztlichen Rat
- „Durchbrennen“ bzw. Nichtzurückkommen nach erlaubtem Ausgang

### **Indikator PSY III: Überweisungen in Akutabteilungen**

Dieser Indikator hat 2 Kategorien

- Überweisung innerhalb 24h ab Aufnahme und
- Überweisung nach 24h - 72h nach Aufnahme.

### **Indikator PSY IV: Wiederaufnahmen**

Die Kategorien für die Wiederaufnahme ergeben sich aus der Aufenthaltsdauer nach der vorhergegangenen Aufnahme: weniger als 72h, zwischen 72h und zwei Wochen, länger als zwei Wochen.

- Wiederaufnahme innerhalb von 15 Tagen ab Entlassung bei einer Aufenthaltsdauer von  $\leq$  72h
- Wiederaufnahme innerhalb von 15 Tagen ab Entlassung bei einer Aufenthaltsdauer  $>$  72h aber  $<$  15 Tagen
- Wiederaufnahme innerhalb von 15 Tagen ab Entlassung bei einer Aufenthaltsdauer  $>$  15 Tage
- Wiederaufnahme innerhalb von 16 - 31 Tagen ab Entlassung
- Wiederaufnahme innerhalb von 32 - 60 Tagen ab Entlassung

### **Indikator PSY V: Gebrauch von unfreiwilligen Einschränkungen (z.B. Fixierungen)**

- Anzahl der unfreiwilligen Einschränkungen
- Anzahl der Patienten, bei denen der Gebrauch von Einschränkungen erfolgt
- Wiederholte Anwendung von physischen Einschränkungen

### **Indikator PSY VI: Gebrauch von Isolierungen (in Gewahrsam nehmen)**

- Anzahl der Isolierungen
- Anzahl der Patienten, die isoliert werden
- Wiederholte Anwendung dieser Maßnahmen
- Dauer der Maßnahme  $\leq$  1h –
- Dauer der Maßnahme  $>$  1h bis  $\leq$  6h
- Dauer der Maßnahme  $>$  6h bis  $\leq$  12h
- Dauer der Maßnahme  $>$  12h

### **Indikator PSY VII: Teilstationäre Programme**

Zur Verfügung stehen folgende Indikatoren:

- Entlassungszustand des Patienten in
  - stationäre psychiatrische Behandlung
  - ambulante psychiatrische Behandlung
  - voll/teilbetreute Wohnformen
  - nach Hause
  - andere
- Entlassungsgründe

Weiters werden diese Raten nach der Anzahl der Inanspruchnahmen teilstationärer Programme differenziert.

### **Weitere Indikatoren kommen mit 2. Quartal 2003 in die Pilottestphase:**

**Indikator**      **Dokumentierte Stürze**  
**Indikator**      **Suizide**



## Indikatoren: Langzeitversorgung / Pflege

### **Indikator LTC-I: Gewichtsänderung**

Die Subkategorien dieses Indikators sind:

- Ungeplante Gewichtszunahme von  $\geq 5\%$  des Körpergewichts und
- Ungeplanter Gewichtsverlust von  $\geq 5\%$

### **Indikator LTC-II: Prävalenz von Dekubitalulzera**

Dieser Indikator ist näher kategorisiert durch die Dekubitalulzerastadien 1-4

### **Indikator LTC-III: Dokumentierte Stürze**

Dieser Indikator beinhaltet Subraten für:

- Dokumentierte Stürze
- Dokumentierte Stürze mit Verletzungsfolge
- Patienten mit mehr als einem dokumentierten Sturz

### **Indikator LTC-IV: Unvorhergesehene Überweisungen in eine Akutstation**

Für diese Indikatoren sind die Raten folgenderweise aufgeschlüsselt:

- Gesamtrate der ungeplanten Überweisungen in eine Akutstation
- Überweisungen innerhalb 72h nach Aufnahme,
- Überweisung wegen Infektion,
- Überweisung wegen Dehydration/Elektrolytentgleisung,
- Überweisung wegen kardiovaskulärer Dekompensation,
- Überweisung zur Beurteilung/Behandlung einer Fraktur
- Überweisungen aus anderen medizinischen/chirurgischen Gründen
- Überweisung wegen gastrointestinaler Blutung

### **Indikator LTC-V: Inzidenz nosokomialer Infektionen**

Dieser Indikator ist näher kategorisiert für

- Infektionen der unteren Atemwege,
- symptomatische Harnwegsinfektionen,
- katheterbedingte Harnwegsinfekte und
- nicht katheterbedingte Harnwegsinfekte.



## Indikatoren: Home Care

### **Indikator HC-I: Ungeplanter Transfer in stationäre Akutversorgung**

Für diesen Indikator sind die Raten folgenderweise aufgeschlüsselt:

- Gesamtanzahl der ungeplanten Überstellungen (Transfers)
- Ungeplante Transfers infolge von katheterassoziierten Harnwegsinfektionen
- Ungeplante Transfers infolge gastrointestinaler Probleme
- Ungeplante Transfers infolge von Medikationsproblemen
- Ungeplante Transfers infolge respiratorischer Probleme
- Ungeplante Transfers infolge endokriner Probleme
- Ungeplante Transfers infolge von Herz/Kreislaufproblemen
- Ungeplante Transfers infolge von neurologischen Problemen
- Ungeplante Transfers infolge von psychischen Krankheitsproblemen
- Ungeplante Transfers infolge von chirurgischen Wundinfektionen
- Ungeplante Transfers infolge von Verletzungen
- Transfers infolge anderer Gründe

### **Indikator HC-II: Inanspruchnahme von Notfalldiensten**

Für diesen Indikator sind die Raten folgenderweise aufgeschlüsselt:

- Anzahl der Inanspruchnahme von Notfalldiensten innerhalb eines Monats
- Inanspruchnahme einer Spitalsnotfallambulanz
- Inanspruchnahme einer Notfallvisite bei einem niedergelassenen Arzt

### **Indikator HC-III: Überstellung /Einweisung in ein Pflegeheim**

Für diesen Indikator sind die Raten folgenderweise aufgeschlüsselt:

- Gesamtanzahl der Überstellungen in ein Pflegeheim
- Überstellung in ein Pflegeheim zur therapeutischen Behandlung
- Überstellung in ein Pflegeheim zur ständigen Betreuung
- Überstellung in ein Pflegeheim aufgrund der nicht gesicherten Pflege zu Hause
- Überstellung in ein Pflegeheim aus anderen Gründen

### **Indikator HC-IV: Erworbene Infektionen**

Für diesen Indikator sind die Raten folgenderweise aufgeschlüsselt:

- Anzahl symptomatischer Harnwegsinfektionen bei Bewohnern mit Harnwegskathetern
- Symptomatische Harnwegsinfektionen bei Bewohnern mit Harnwegskathetern - Alter < 75
- Chirurgische Wundinfektionen
- Infusionsbedingte Infektionen
- Patienten mit Sepsis

## List of Indicators

### Inpatient Indicators

- Indicator I-a: Device-Associated Infections in the SCU**  
 Central Line-Associated Bloodstream Infections  
 Ventilator-Associated Pneumonia  
 Urinary Catheter-Associated Urinary Tract Infections
- Indicator I-b: Device Utilization**  
 Central Line Utilization  
 Ventilator Utilization  
 Urinary Catheter Utilization
- Indicator II-a: Surgical Site Infections**  
 CABG with chest incision only (classified by NNIS Risk Index)  
 CABG with chest incision and donor site incision (classified by NNIS Risk Index)  
 Hip Arthroplasties (classified by NNIS Risk Index)  
 Knee Arthroplasties (classified by NNIS Risk Index)  
 Abdominal Hysterectomies (classified by NNIS Risk Index)
- Indicator II-b: Surgical Prophylaxis**  
 Usage for CABG Patients  
 Usage for Hip Arthroplasty Patients  
 Usage for Appendectomy Patients  
 Usage for Vaginal Hysterectomy Patients  
 Usage for Abdominal Hysterectomy  
 Usage for Knee Arthroplasty  
 Timing Prior to Incision for CABG Patients  
 Timing Prior to Incision for Hip Arthroplasty Patients  
 Timing Prior to Incision for Appendectomy Patients  
 Timing Prior to Incision for Vaginal Hysterectomy Patients  
 Timing Prior to Incision for Abdominal Hysterectomy Patients  
 Timing Prior to Incision for Knee Arthroplasty Patients  
 Duration of Perioperative Prophylaxis for CABG Patients  
 Duration of Perioperative Prophylaxis for Hip Arthroplasty Patients  
 Duration of Perioperative Prophylaxis for Appendectomy Patients  
 Duration of Perioperative Prophylaxis for Vaginal Hysterectomy Patients  
 Duration of Perioperative Prophylaxis for Abdominal Hysterectomy Patients  
 Duration of Perioperative Prophylaxis for Knee Arthroplasty Patients
- Indicator III: Inpatient Mortality**  
 Total Mortality  
 Mortality for DRG 014 - Specific Cerebrovascular Disorders Except Transient Ischemic attack  
 Mortality for DRG 079 - Respiratory Infections and inflammations, Age > 17 with CC  
 Mortality for DRG 088 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease  
 Mortality for DRG 089 - Simple Pneumonia, Age > 17 with CC  
 Mortality for DRG 127 - Heart Failure and Shock  
 Mortality for DRG 174 - GI Hemorrhage with CC  
 Mortality for DRG 316 - Renal Failure  
 Mortality for DRG 416 - Septicemia, Age > 17  
 Mortality for DRG 475 - Respiratory System Diagnosis with Ventilator Support  
 Mortality for DRG 489 - HIV with Major Related Condition  
 Mortality for DRG XXX - All Other DRGs

- Indicator IV: Neonatal Mortality**  
 Direct Admission Neonatal Mortality - Birth Weight < 750g  
 Direct Admission Neonatal Mortality - Birth Weight <sup>3</sup> 751g £ 1000g  
 Direct Admission Neonatal Mortality - Birth Weight <sup>3</sup> 1001g £ 1800g  
 Direct Admission Neonatal Mortality - Birth Weight <sup>3</sup> 1801g  
 Transfer-in Neonatal Mortality - Birth Weight £ 750g  
 Transfer-in Neonatal Mortality - Birth Weight <sup>3</sup> 751g £ 1000g  
 Transfer-in Neonatal Mortality - Birth Weight <sup>3</sup> 1001g £ 1800g  
 Transfer-in Neonatal Mortality - Birth Weight <sup>3</sup> 1801g
- Indicator V: Perioperative Mortality**  
 ASA Class 1  
 ASA Class 2  
 ASA Class 3  
 ASA Class 4  
 ASA Class 5  
 Total
- Indicator VI: Cesarean Sections**  
 Primary C-sections  
 Repeat C-sections  
 Total C-sections  
 VBAC  
 Trial of Labor Success
- Indicator VII: Unscheduled Readmissions**  
 Unscheduled Readmissions within 15 Days  
 DRG 079 - Respiratory Infections and Inflammations, Age > 17 with CC  
 DRG 088 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease  
 DRG 189 - Simple Pneumonia, Age > 17 with CC  
 DRG 127 - Heart Failure and Shock  
 DRG 140, 143 - Angina, Chest Pain  
 Unscheduled Readmissions within 31 Days  
 DRG 079 - Respiratory Infections and Inflammations, Age > 17 with CC  
 DRG 088 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease  
 DRG 189 - Simple Pneumonia, Age > 17 with CC  
 DRG 127 - Heart Failure and Shock  
 DRG 140, 143 - Angina, Chest Pain
- Indicator VIII: Unscheduled Admissions Following Ambulatory Procedure**  
 Inpatient Admission Following Cardiac Catheterization  
 Inpatient Admission Following Diagnostic Endoscopy  
 Inpatient Admission Following Other Operative Procedure  
 Admission to Observation Unit/Status Following Cardiac Catheterization  
 Admission to Observation Unit/Status Following Diagnostic Endoscopy  
 Admission to Observation Unit/Status Following Other Operative Procedure  
 Inpatient Plus Observation Unit/Status Admissions Following Cardiac Catheterizaion  
 Inpatient Plus Observation Unit/Status Admissions Following Diagnostic Endoscopy  
 Inpatient Plus Observation Unit/Status Admissions Following Other Operative Procedure
- Indicator IX: Unscheduled Returns to a Special Care Unit**
- Indicator X: Unscheduled Returns to the Operating Room**
- Indicator XI: Isolated Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Perioperative Mortality**  
 Observed CABG Perioperative Mortality, ASA Class I  
 Observed CABG Perioperative Mortality, ASA Class II  
 Observed CABG Perioperative Mortality, ASA Class III  
 Observed CABG Perioperative Mortality, ASA Class IV  
 Observed CABG Perioperative Mortality, ASA Class V  
 Risk-Adjusted CABG Mortality For All ASA Classes Combined  
 Expected CABG Perioperative Mortality, ASA Class I

Expected CABG Perioperative Mortality, ASA Class I  
 Expected CABG Perioperative Mortality, ASA Class III  
 Expected CABG Perioperative Mortality, ASA Class IV  
 Expected CABG Perioperative Mortality, ASA Class V

**Indicator XII: Use of Physical Restraint**

**Indicator XIII: Documented Falls**

- Full implementation of this indicator as of July1, 1999 i.e., no longer in pilot testing status
- There are no major revisions to this indicator
- Historical trend line will begin as of July 1, 1999

**Indicator XIVa: Complications During Procedures Involving Sedation and Analgesia ("Conscious Sedation") in Special Care Units**

**Indicator XIVb: Complications During Procedures Involving Sedation and Analgesia ("Conscious Sedation") in Cardio Cath Labs**

**Indicator XIVc: Complications During Procedures Involving Sedation and Analgesia ("Conscious Sedation") in Gastroenterology Suites**

**Indicator XIVd: Complications During Procedures Involving Sedation and Analgesia ("Conscious Sedation") in Emergency Departments**

**Indicator XIVE: Complications During Procedures Involving Sedation and Analgesia ("Conscious Sedation") in Radiology**

**Indicator XV: Pressure Ulcers**

## Ambulatory Indicators

**Indicator A-1: Unscheduled Returns to the Emergency Department**

Unscheduled Returns to the ED within 72 Hours

Unscheduled Returns to the ED within 48 Hours

Unscheduled Returns to the ED within 24 Hours

Inpatient Admission Following Unscheduled Returns to the ED within 72 Hours

Inpatient Admission Following Unscheduled Returns to the ED within 48 Hours

Inpatient Admission Following Unscheduled Returns to the ED within 24 Hours

**Indicator A-2: Registered Patient Time in the ED**

Patients in the ED  $\leq$  Two Hours - Discharged Home

Patients in the ED  $\leq$  Two Hours - Admitted as Inpatients

Patients in the ED  $\leq$  Two Hours - Transferred to Observation

Patients in the ED  $\leq$  Two Hours - Transferred-Out

Patients in the ED  $\leq$  Two Hours-All Other Dispositions

Patients in the ED  $>$  Two Hours But  $\leq$  to Four Hours - Discharged Home

Patients in the ED  $>$  Two Hours But  $\leq$  to Four Hours - Admitted as Inpatients

Patients in the ED  $>$  Two Hours But  $\leq$  to Four Hours - Transferred to Observation

Patients in the ED  $>$  Two Hours But  $\leq$  to Four Hours - Transferred-Out

Patients in the ED  $>$  Two Hours But  $\leq$  to Four Hours - All Other Dispositions

Patients in the ED  $>$  Four Hours But  $\leq$  to Six Hours - Discharged Home

Patients in the ED  $>$  Four Hours But  $\leq$  to Six Hours - Admitted as Inpatients

Patients in the ED  $>$  Four Hours But  $\leq$  to Six Hours - Transferred to Observation

Patients in the ED  $>$  Four Hours But  $\leq$  to Six Hours - Transferred-Out

Patients in the ED  $>$  Four Hours But  $\leq$  to Six Hours - All Other Dispositions

Patients in the ED  $>$  Six Hours - Discharged Home

Patients in the ED  $>$  Six Hours - Admitted as Inpatients

Patients in the ED  $>$  Six Hours - Transferred to Observation

Patients in the ED  $>$  Six Hours - Transferred-Out

Patients in the ED  $>$  Six Hours - All Other Dispositions

- Indicator A-3: ED Cases Where Discrepancy Between Initial and Final X-ray Reports Required an Adjustment in Patient Management**
- Indicator A-4: Registered Patients Who Leave the ED Prior to Completion of Treatment**
- Indicator A-5: Cancellation of Ambulatory Procedure on the Day of Procedure**  
 Cancellation of Cardiac Catheterization - Initiated by the Patient  
 Cancellation of Diagnostic Endoscopy - Initiated by the Patient  
 Cancellation of Other Ambulatory Procedure - Initiated by the Patient  
 Cancellation of Cardiac Catheterization - Initiated by the Hospital/Facility  
 Cancellation of Diagnostic Endoscopy - Initiated by the Hospital/Facility  
 Cancellation of Other Ambulatory - Initiated by the Hospital/Facility  
 Cancellation of Cardiac Catheterization - Total  
 Cancellation of Diagnostic Endoscopy - Total  
 Cancellation of Other Ambulatory Procedure - Total

### Psychiatrie Care Indicators

- Indicator PSY-I: Injurious Behaviors (Adult Units / Adolescent Units)**  
 Physical Assault Events  
 Self-Injury Events
- Indicator PSY-II: Unplanned Departures (Adult Units / Adolescent Units)**  
 Total Unplanned Departures  
 AMA Departures  
 Elopement and Failure to Return from LOA Departures
- Indicator PSY-III: Transfers to Acute Care Unit (Adult Units / Adolescent Units)**  
 Transfers within 24 Hours of Admission  
 Transfers after 24 Hours of Admission but within 72 Hours of Admission
- Indicator PSY-IV: Readmissions to Inpatient Psychiatric Care (Adult Units / Adolescent Units)**  
 Readmissions within 15 Days of Discharge  
 Readmissions within 15 Days where previous LOS Was  $\leq$  72 Hours  
 Readmissions within 15 Days where previous LOS  $>$  72 Hours but  $\leq$  15 Days  
 Readmissions within 15 Days where previous LOS  $>$  15 Days  
 Readmissions 16-31 Days of Discharge  
 Readmissions 32-60 Days of Discharge
- Indicator PSY-V: Use of Involuntary Restraint (Adult Units / Adolescent Units)**  
 Involuntary Restraint Events  
 Inpatients Undergoing Involuntary Restraint  
 Repeated Use Of Involuntary Restraint
- Indicator PSY-VI: Use of Seclusion (Adult Units / Adolescent Units)**  
 Seclusion Events  
 Inpatients Undergoing Seclusion  
 Repeated Use of Seclusion  
 Duration of Seclusion Events  $\leq$  One Hour  
 Duration of Seclusion Events for  $>$  One Hour and  $\leq$  Six Hours  
 Duration of Seclusion Events for  $>$  Six Hours and  $\leq$  Twelve Hours  
 Duration of Seclusion Events for  $>$  Twelve Hours
- Indicator PSY-VII: Partial Hospitalization**
- Indicator Documented Falls (planned)**
- Indicator Suicide (planned)**

## Long-Term Care Indicators

### Indicator LTC-I: **Weight Change**

Unplanned Weight Loss  $\geq 5\%$

Unplanned Weight Gain  $\geq 5\%$

### Indicator LTC-II: **Pressure Ulcer Prevalence**

Residents With One or More Pressure Ulcers of Any Stage

Residents With One or More Stage 1 Pressure Ulcers

Residents With One or More Stage 2 Pressure Ulcers

Residents With One or More Stage 3 Pressure Ulcers

Residents With One or More Stage 4 Pressure Ulcers

### Indicator LTC-III: **Falls**

Documented Falls

Documented Falls That Resulted in Injury

Falls Ratio

### Indicator LTC-IV: **Unscheduled Resident Transfer/Discharge to Inpatient Acute Care**

Total Unscheduled Transfers to Inpatient Acute Care

Unscheduled Transfers to Inpatient Acute Care  $\leq 72$  Hours of Admission

Unscheduled Transfers to Inpatient Acute Care for Infection

Unscheduled Transfers to Inpatient Acute Care

Unscheduled Transfers to Inpatient Acute Care for Cardiovascular Decompensation

Unscheduled Transfers to Inpatient Acute Care for Evaluation and/or Treatment of Fractures

Unscheduled Transfers to Inpatient Acute Care for GI Bleeding

Unscheduled Transfers to Inpatient Acute Care for All Other Medical/Surgical Reasons

### Indicator LTC-V: **Nosocomial Infection Incidence**

Lower Respiratory Infections Treated

Symptomatic UTIs Treated

Symptomatic UTIs Treated for Residents With Indwelling Catheters

Symptomatic UTIs Treated for Residents Without Indwelling Catheters

## Home Care Indicators

- Indicator HC-I: Unscheduled Transfer to Inpatient Acute Care**  
 Total Unscheduled Transfers During the Reporting Period  
 Unscheduled Transfers Due to Catheter Related Urinary Tract Infections  
 Unscheduled Transfers Due to Gastrointestinal Problems  
 Unscheduled Transfers Due to Medication Problems  
 Unscheduled Transfers Due to Respiratory Problems  
 Unscheduled Transfers Due to Endocrine Problems  
 Unscheduled Transfers Due to Cardiac Problems  
 Unscheduled Transfers Due to Neurological Problems  
 Unscheduled Transfers Due to Mental Health Problems  
 Unscheduled Transfers Due to Surgical Wound Infections  
 Unscheduled Transfers Due to Injuries  
 All Other Reasons for Transfer
- Indicator HC-II: Use of Emergent Care Services**  
 Total Emergent Care Visits During the Month  
 Emergent Care Visits to Hospital Emergency Room  
 Emergent Care Visits to Doctor's Office/House Calls  
 Emergent Care Visits to Outpatient Departments
- Indicator HC-III: Discharge to Nursing Home Care**  
 Total Discharges to Nursing Home Care During the Reporting Period  
 Discharged to Nursing Home Care for Therapy Services  
 Discharged to Nursing Home Care for Permanent Placement  
 Discharged to Nursing Home Care Because Unsafe for Care at Home  
 Discharged to Nursing Home Care for All Other Reasons
- Indicator HC-IV: Acquired Infections**  
 Symptomatic UTI/Residents with Indwelling Catheters  
 Symptomatic UTI/Residents with Indwelling Catheters-Age < 75  
 Symptomatic UTI/Residents with Indwelling Catheters-Age <sup>3</sup> 75  
 Surgical Wound Infections –  
 Infusion Site Infections  
 Patients with Sepsis





Weitere Informationen zum  Project

Nationale Koordinationsstelle QI-Project Austria  
Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung  
Universität Linz

**Leiterin der Koordinationsstelle: Dr. Reli Mechtler**

Altenbergerstr. 69, A-4040 Linz

Tel.: 0732 2468 9383/9389

Fax: 0732 2468 9347

E-mail: [ipg@jk.uni-linz.ac.at](mailto:ipg@jk.uni-linz.ac.at)

Internet: <http://www.ipg.uni-linz.ac.at>

<http://www.InternationalQIP.com>

<http://www.gesundheit.bmsg.gv.at>



BUNDESMINISTERIUM  
FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN