

4 Erfahrungsbericht Einführung A-IQI Version 1.0 und Peer Review-Verfahren in Niederösterreich und Österreich

Fabiola Fuchs und Margarita Amon

4.1 Ausgangssituation

Das Unternehmen Niederösterreichische Landeskliniken-Holding (NÖLKH) besteht aus fünf Versorgungsregionen – Mostviertel, NÖ-Mitte, Thermenregion, Waldviertel, Weinviertel – mit insgesamt 27 Klinikstandorten und hat sich 2011 für eine Mitgliedschaft bei der Initiative Qualitätsmedizin entschieden. Bereits 2008 wurden unternehmensintern Qualitätsindikatoren aus den zahlenmäßig wichtigsten Fachgebieten entwickelt. Ein Jahr später startete die Zusammenarbeit mit HELIOS und die bestehenden Kennzahlen wurden zwischen den German Diagnosis Related Groups (G-DRG) und dem österreichischen Abrechnungssystem, Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF), abgeglichen und auch wei-

tere aus den German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) der Version 2.5 hinzugefügt. Aus diesen Arbeiten entstanden die A-IQI Austrian Inpatient Quality Indicators Version 1.0. 2009 fanden die ersten Peer Review-Verfahren statt, welche seit Anfang 2011 an den Ablauf von IQ^M angepasst wurden.¹

Aus folgenden Gründen entschied sich die NÖLKH als erster österreichischer Klinikenträger Mitglied bei IQ^M zu werden: Die Peer Review-Verfahren finden bislang niederösterreichintern statt. Internationale Reviews können den Wissensaustausch sowohl unter den Peers als auch unter den Abteilungen, die ein Review erhalten, vermutlich noch stark inten-

¹ Veröffentlicht als: A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators. Qualitätsindikatoren der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding.

sivieren. Die NÖLKH möchte auch die Chance nutzen, das IQ^M-Qualitätssystem aktiv mitgestalten zu können. Auch die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren spielt eine große Rolle. Denn der Abgleich mit den G-IQI ermöglicht erst das internationale Benchmarking. Weiters ist der Wissens- und Erfahrungsaustausch mit den anderen IQ^M-Mitgliedskliniken und -Klinikträgern bedeutsam für das gesamte Unternehmen. Die NÖLKH möchte den Patienten auch vermitteln und sie darin bestärken, dass aktives Qualitätsmanagement zur Erhöhung der Patientensicherheit betrieben wird.

4.2 NÖ Qualitätsstrategie

Im Zuge der Erstellung der „Niederösterreichischen Qualitätsstrategie“ im Jahr 2009 startete die Zusammenarbeit mit HELIOS und der Kennzahlenabgleich erfolgte. Etwa zeitgleich wurden die ersten Medizinischen Gremien einberufen, die in der Bearbeitung der Qualitätsindikatorenergebnisse eine wesentliche Rolle spielen. Nach den ersten Messungen konnte

holdingintern ein eigenes Auswertungstool entwickelt werden, welches nach wie vor in Verwendung ist. Die NÖ Qualitätsstrategie besteht aus 3 Säulen (s. Abb. 1):

- Medizinische Qualität
- Riskmanagement und Patientensicherheit
- Zufriedenheitsbefragung

Neben den A-IQI sowie den Peer Review-Verfahren besteht der Bereich Medizinische Qualität aus Evidence Based Medicine (EBM), den Steuerungsindikatoren Intensivhäufigkeit, Verweildauer, Tagesklinikpotenzial-Ausschöpfung und Wiederaufnahmerate sowie der Bündelung von Spezialleistungen. Die Einbindung von EBM erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie an der Donau-Universität Krems.

Riskmanagement und Patientensicherheit bilden die zweite Säule. Bis 2015 soll das Riskmanagement flächendeckend in allen Landeskliniken ausgebaut sein. Es werden Audits durchgeführt sowie ein Riskmanager bzw. eine Riskmanagerin je Klinik nominiert, die auch für die Weiterbearbeitung der Empfehlungen

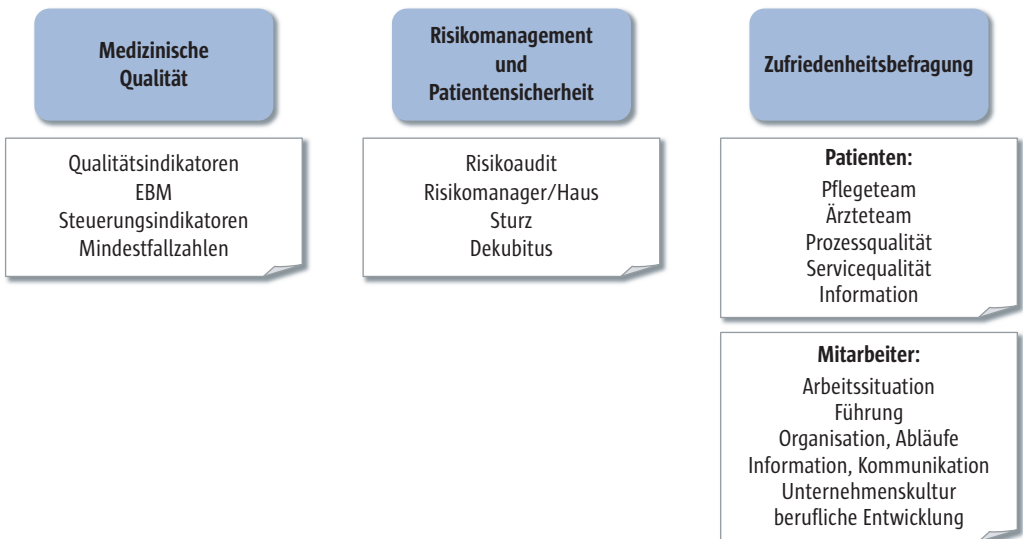


Abb. 1 Die drei Säulen in der NÖ Qualitätsstrategie (Amon u. Fuchs 2011)

aus den Audits verantwortlich sind. Seit 2009 werden quartalsmäßig umfangreiche Daten zu den Patientensicherheitsindikatoren Sturz und Dekubitus erhoben.

In Bezug auf die Zufriedenheitserhebungen bewährt sich die Patientenbefragung mittlerweile seit vielen Jahren. 2012 wird es seitens des Bundesministeriums für Gesundheit zusätzlich auch eine einheitliche sektorenübergreifende Patientenbefragung in allen österreichischen Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen geben. Der Bereich Mitarbeiterbefragung startete in Niederösterreich 2010 und wird bis zum Ende des heurigen Jahres flächendeckend durchgeführt. Vereinzelt kamen auch schon Zuweiserbefragungen zur Anwendung.

Zur strategischen Steuerung des gesamten Medizinischen Geschäftsbereichs wurden folgende Medizinische Gremien als Kommunikations- und Umsetzungsdrehscheibe im Bereich Medizin und Pflege installiert (s. Abb. 2): Regionale Medizinische Beiräte auf Ebene der

ärztlichen und pflegerischen Direktion sowie Regionalmanagement und die Medizinischen Fachbeiräte auf Ebene der Primärärzteschaft. Bei Bedarf werden die Regionalen Fachbeiräte, der Beirat Ärztliche Direktoren, der Beirat Pflegedirektoren sowie der Primärärztevorstand einberufen (Amon u. Fuchs 2011).

Die Fachbeiräte und Regionalen Medizinischen Beiräte finden ein- bis zweimal im Jahr statt. Feststehende Bestandteile der Tagesordnung sind die Steuerungs- und Qualitätsindikatoren. Die Verlaufsbeobachtung und Diskussion der Steuerungsindikatoren soll zur Forcierung der Tages- und Wochenklinik führen, die Intensivanspruchnahme und die Verweildauer reduzieren, die Wiederaufnahmen senken sowie die Versorgungsebenen (ambulant/tagesklinisch/stationär) untereinander optimieren. Neben den Qualitätsindikatoren und den medizinökonomischen Kennzahlen werden auch Medizinische Behandlungspfade erstellt, fachspezifische Versorgungskonzepte entwickelt, Anfragen diverser Abteilungen der NÖLKH

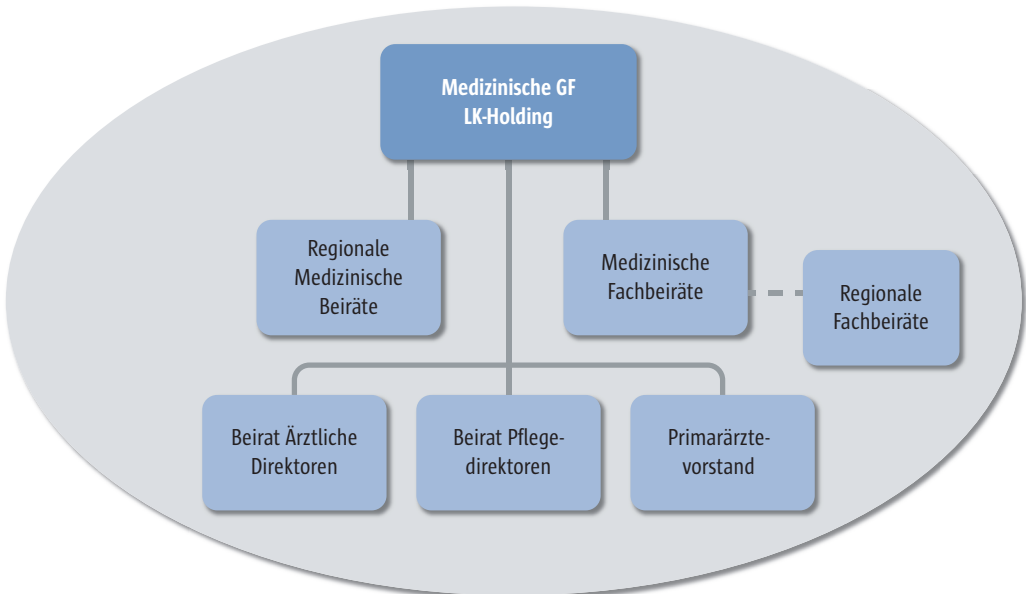


Abb. 2 Medizinische Gremien (Amon u. Fuchs 2011)

bearbeitet (z.B. Einkauf), Empfehlungen an die Geschäftsführung abgegeben und Handlungsfelder auf Landeskliniken-, Regions- bzw. Landesebene aufgezeigt.

Um die Ergebnisse aus dem Medizincontrolling zukünftig aus Prozesssicht transparenter und effektiver zu kommunizieren, wird es ab Mitte 2011 einen SharePoint in Form einer webbasierten Datenbank geben. Die gesamten Daten des Medizincontrollings und alle wichtigen Unterlagen sowie Protokolle der einzelnen Beiräte können gesammelt und benutzergerecht zur Verfügung gestellt werden.

Im Fachbeirat Neurologie bspw. wurde für jede Region ein Schlaganfallversorgungskonzept erstellt. Der nächste Schritt ist nun, diese in den Regionalen Fachbeiräten gemeinsam mit den Primärärzten für Innere Medizin zu diskutieren. Änderungen in der Versorgung werden an die betreffenden Fachbeiräte sowie die fünf Regionalen Medizinischen Beiräte kommuniziert.



Mit den Medizinischen Gremien soll besonders für die Bereiche Qualität, Qualitätsmessung und Medizinökonomie Awareness aufgebaut werden.

In Fachgebieten wo es derzeit keine Qualitätskennzahlen zu bearbeiten gibt, werden jährliche Qualitätsschwerpunkte festgelegt wie bspw. „Säuglingssterblichkeit“ im Fachbeirat Kinder- und Jugendheilkunde, „Anteil der Hauttumore die bei der ersten Operation bereits in sano (Ro) exzidiert werden konnten“ im Fachbeirat Dermatologie oder „Operationspflichtige Wiederaufnahmen nach Mammareduktionsplastik“ im Fachbeirat Plastische Chirurgie.

4.3 Abgleich zwischen G-IQI und A-IQI

Die Unterschiede zwischen den deutschen und den österreichischen Indikatorendefinitionen liegen zum einen in den verschiedenen Leistungskatalogen. Der deutsche Operationen-

und Prozedurenschlüssel ist mit über 21.000 operativen Leistungen deutlich umfangreicher als der österreichische Katalog Medizinischer Einzelleistungen mit 971. Dies bedeutet, dass einzelne Indikatoren durch fehlende Leistungen nicht abzubilden sind wie bspw. „Anteil sanfter Kaiserschnitt“ oder „Umsteigerate bei Cholezystektomie“. Komplikationseingriffe sind im österreichischen Abrechnungssystem viel schwerer zu identifizieren als im DRG und zw. Komplikation oder „geplanter komplexerer Eingriff“ oft nicht zu unterscheiden. Deshalb mussten für einige Indikatorenbereiche (z.B. Cholezystektomie, Herniotomie) Ausschlusskriterien definiert werden, damit keine „geplanten komplexeren Eingriffe“ beinhaltet sind wie z.B. Darmoperationen mit Herniotomie.

Neben der Leistungsabbildung spielt die unterschiedliche Definition der Hauptdiagnose eine bedeutsame Rolle: Im G-DRG ist „Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“ (DKG et al. 2009) Dagegen im LKF: „Die Hauptdiagnose beschreibt jene Gesundheitsstörung, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen letztlich als Hauptgrund für den stationären Krankenhausaufenthalt herausgestellt hat. Sie ist diejenige Diagnose, die der Hauptanlass für die Behandlung und Untersuchung des Patienten war.“ „Es ist die Diagnose als Hauptdiagnose zu wählen, die den größten medizinischen Aufwand im Einzelfall bei dem ganz konkreten Patienten verursacht hat.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2009)



Praxisbezogen bedeutet das im Kennzahlenabgleich, dass im G-DRG Komplikationen während des Krankenhausaufenthaltes zu Nebendiagnosen, im LKF-System je nach Aufwand auch zur Hauptdiagnose werden können. Grund dafür ist, dass die Zusatzdiagnosen im österreichischen System nicht bepunktungsrelevant sind.

Praxisbeispiel

Eine Patientin wird aufgrund einer Schenkelhalsfraktur stationär aufgenommen. Postoperativ entwickelt die Patientin eine Pneumonie und wird für 2 Wochen intensivpflichtig.

DRG: Hauptdiagnose Schenkelhalsfraktur, Nebendiagnose Pneumonie

LKF: Hauptdiagnose Pneumonie, Nebendiagnose Schenkelhalsfraktur

Aufgrund dessen wird bei IQ^M die Kennzahl „Schenkelhalsfraktur, Anteil Todesfälle“ mit Hauptdiagnose und in Österreich mit Haupt- oder Zusatzdiagnose Schenkelhalsfraktur definiert. Wäre die Definition im LKF-System ausschließlich mit der Hauptdiagnose, wären jene Aufenthalte nicht im Indikator, die im Zuge des Aufenthaltes mit Schenkelhalsfraktur eine schwerwiegende Komplikation hatten. Dies bedeutet im Umkehrschluss jedoch auch, dass durch die Einbindung der Zusatzdiagnose auch Aufenthalte inkludiert sind, bei denen die Fraktur während des Krankenhausaufenthaltes stattgefunden hat.

4.4 Praktische Anwendung der Qualitätsindikatoren

Die Bearbeitung der Qualitätsindikatoren erfolgt in drei Schritten:

- Messung 1x im Quartal
- Interne Transparenz
- Ergebnisbearbeitung

Die Messung wird einmal im Quartal durchgeführt. Den Medizinischen Gremien kommt auch deshalb große Bedeutung zu, da hier gemeinsam mit den ärztlichen Führungskräften regelmäßig die Kennzahlen diskutiert werden. Die Ergebnisse werden intern transparent auf allen Managementebenen (Geschäftsführung bis Primärärzte) zur Verfügung gestellt. Um die Wichtigkeit des Systems zu unterstreichen, fließen Teile des Indikatoren-

satzes auch in die Balanced Score Card der NÖLKH ein.

Die Ergebnisbearbeitung erfolgt in den Medizinischen Gremien und in der Steuerungsgruppe Peer Review. In den Fachbeiräten werden alle Kennzahlen des jeweiligen Gebietes auf Ebene der Primärärzteschaft diskutiert, z.B. alle orthopädisch/unfallchirurgischen Kennzahlen im Fachbeirat Unfallchirurgie oder alle neurologisch/internistischen Indikatoren im Fachbeirat Innere Medizin. In den fünf Regionalen Medizinischen Beiräten wird das gesamte Indikatorenset der Kliniken in der betreffenden Region mit den Ärztlichen Direktoren und Regionalmanagements besprochen (Amon u. Fuchs 2011).

4.5 Steuerungsgruppe Peer Review der NÖLKH

Die Steuerungsgruppe Peer Review tagt zweimal jährlich und bildet das wichtigste Gremium für die Bearbeitung der Qualitätsindikatoren. Die Mitglieder sind zentrale und regionale Entscheidungsträger der NÖLKH sowie Vertreter aus den Landeskliniken: Geschäftsführung, Regionalmanagements, Abteilungsleiter Qualität, Peer Review-Koordinatorinnen, drei Ärztliche Direktoren, drei Fachbeiratsmitglieder aus verschiedenen Fachgebieten.

Die Steuerungsgruppe wählt Anfang des Jahres auf Basis der Vorjahresergebnisse die Review-Themen sowie die Peers aus. Die organisatorische Abwicklung der einzelnen Verfahren übernehmen die beiden Peer Review-Koordinatorinnen, die im ersten Jahr auch vor Ort dabei sind und die Ergebnisse der Reviews aufarbeiten. Die Erfahrungen der Peers und die Feedbackfragebögen werden dazu verwendet, um das Verfahren und auch die Ausbildung zu evaluieren und für das nächste Jahr weiterzuentwickeln. Die Steuerungsgruppe ist auch dafür verantwortlich, den Peers am Jahresende den Erfahrungsaustausch über die bisher durchgeführten Verfahren zu ermöglichen.

4.6 Vorgehen Peer Review-Verfahren

Für das erste Jahr in der Umsetzung der Peer Review-Verfahren nach dem IQ^M-Standard kamen der nachvollziehbaren und transparenten Auswahl der Themengebiete und den zu revidierenden Abteilungen besondere Bedeutung zu. Es wurden die Tracer so ausgewählt, dass einerseits alle Fächer mit Peer Review-Schulung Reviews durchführen und andererseits alle Indikatorenbereiche die im Ergebnis „NÖ gesamt“ außerhalb des Zielbereiches liegen, bearbeitet werden. Diese Einschränkung ergab folgende Themengebiete:

- Herzinfarkt
- Pneumonie
- Schlaganfall
- Hernie
- Kolorektale Resektionen
- Schenkelhalsfraktur
- Hüftendoprothesen-Wechsel
- Beatmung

Nach der Festlegung der Tracer wurden jene Landeskliniken ausgewählt, die statistisch signifikant außerhalb des Zielbereiches lagen. Dazu wurde in das Auswertungstool ein Ampelsystem – grün, gelb, rot – mit dahinterliegenden Konfidenzintervallen eingebettet.



Für die Akzeptanz ist die Nachvollziehbarkeit in der Themenauswahl sehr wichtig. Das Ampelsystem soll in den ersten Jahren der Anwendung dabei helfen.

Die Steuerungsgruppe entschied, bei den Kennzahlen die im Gesamtergebnis außerhalb des Zielbereiches liegen, im Jahr 2011 alle roten Ampeln zu bearbeiten. Aufgrund dessen wurden 22 Peer Review-Verfahren fixiert.

4.7 Peer Review-Schulung

Im März 2011 fanden die ersten Peer Review-Schulungen in Österreich statt. Mit der Unterstützung von IQ^M – Dr. Oda Rink, Prof. Gisbert Knichwitz, Thomas Stadtfeld – konnten an den beiden Tagen 20 niederösterreichische Primärärzte aus den Fächern Anästhesie/Intensivmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie teilnehmen. Die Schulung dauerte acht Stunden und war in drei Module eingeteilt:

1. Ziele, Beispiele, Erfahrungen
2. Design und Planung eines Peer Reviews
3. Praktische Übungen

In der Veranstaltung ist nochmals auf das Indikatorensystem selbst, d.h. Ergebnisqualitätsmessung auf Basis von Routinedaten, eingegangen worden. Der wichtigste Teil der Schulung war jedoch die Kommunikation in den Probe-Reviews mit dem Abschlussgespräch. Der genaue Schulungsablauf sieht folgendermaßen aus:

Inhalte der Peer Review-Schulung (Amon u. Fuchs 2011)

Ziele, Beispiele, Erfahrungen

- Einführung Peer Review-Verfahren, Methodik und Ziele
- Eigene Erfahrungen mit Peer Reviews

Design und Planung eines Peer Reviews

- Datenerhebung, Umgang mit den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren
- Organisation und Ablauf, Aufgabenverteilung, Rechte und Pflichten
- Protokoll, Auswertung, Bewertung der Abteilung
- Kollegiale Diskussion der Fälle

Praktische Übungen

- Probe-Review

Um den genauen Ablauf der Peer Review-Verfahren – von der Themenauswahl in der Steuerungsgruppe bis zum Feedbackfragebogen –

transparent sowohl für die Reviewer als auch für die Primärärzte, die ein Review-Verfahren erhalten, darzustellen, wurde kürzlich ein Handbuch zum Peer Review-Verfahren für die NÖLKH veröffentlicht.²

4.8 Erste Erfahrungen

Nachdem im Frühjahr die Peer Review-Themen sowie die dazugehörigen Kliniken festgelegt wurden, fand eine Primärärztevollversammlung statt, in der alle wichtigen Informationen zum Verfahren selbst sowie die Entscheidung der Steuerungsgruppe bekanntgegeben wurden. Zusätzlich erhielt jeder Abteilungsleiter bei der Terminvereinbarung zum einzelnen Review nochmals die wichtigsten Informationen zum Verfahren mündlich und die Unterlagen, d.h. Kurzinformation und Peer Review-Handbuch, schriftlich. Trotz dieser Maßnahmen sind die Grundsätze und der Ablauf für die Primärärzte nicht immer klar. Die Erreichung der fachübergreifende Sichtweise auf die Einzelfälle ist ein Lernprozess und nur vereinzelt vorhanden.

Die ersten Reviews haben bereits gezeigt, dass auch die Peers von den einzelnen Verfahren viel profitieren.

Im heurigen Jahr tagte die Steuerungsgruppe Ende Februar und die Informationsveranstaltung für die Abteilungsleitungen fand erst nach der Peer Schulung Anfang April statt. Dadurch konnte mit den ersten Verfahren erst Mitte Mai begonnen werden wodurch die Terminkoordination der einzelnen Reviews erschwert wurde. Im Zuge der Peer-Zuteilung

stellte sich auch heraus, dass zu wenige Primärärzte aus dem Bereich Innere Medizin geschult wurden.

Besonders bei den konservativen Indikatoren Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Pneumonie, Schlaganfall und Sepsis wurde ersichtlich, dass die Kodierqualität nicht zufriedenstellend ist. In den ersten Review-Verfahren waren mitunter über 50% falsch kodierte Krankengeschichten beinhaltet. Hauptsächlich deshalb, da die Hauptdiagnose anders interpretiert wurde als im LKF Modell beschrieben. Bsp: Ein Patient war mehrere Wochen aufgrund einer Pneumonie stationär im Krankenhaus und die Obduktion ergab Myokardinfarkt, der als Hauptdiagnose kodiert wurde. Laut LKF kann der Myokardinfarkt nicht zur Hauptdiagnose werden, weil es jene Diagnose als Hauptdiagnose definiert, die der Hauptgrund für den Aufenthalt bzw. den größten Aufwand darstellte. Aufgrund dieser Erkenntnis wird es eine Kodierüberprüfung zu den oben genannten konservativen Kennzahlen geben, in der etwa 2000 Entlassungsbriefe anzufordern und zu überprüfen sind. Weiters sollen von den betreffenden Fachbeiräten Kodierrichtlinien für diese Diagnosen entwickelt werden.

Die Kodierüberprüfung sowie die Erstellung von Kodierrichtlinien sollen die Verbesserung der Qualität in Bezug auf die Diagnosekodierung beschleunigen.

4.9 Nationale Anwendung des Systems

Die Austrian Inpatient Quality Indicators werden national in ganz Österreich zur Anwendung kommen. Anfang April beschloss die Bundesgesundheitskommission die Umsetzung sowie das gemeinschaftliche Prozedere zur bundesweiten Einführung der Ergebnisqualitätsmessung auf Basis von Routinedaten. Dies

² Veröffentlicht als: Das Peer Review Verfahren. Die standardisierte Vorgehensweise der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding am Vorbild der Initiative Qualitätsmedizin zur Bearbeitung der Austrian Inpatient Quality Indicators.

beinhaltet auch das Peer Review-Verfahren nach dem Vorbild von IQ^M.

Zur Auswertung der Kennzahlen wurde seitens des Bundesministeriums für Gesundheit ein einheitliches Auswertungstool auf Basis des Niederösterreichischen entwickelt und dieses wird ab Herbst 2011 allen zehn Gesundheitsfonds und den Krankenanstalten-Trägern zur Verfügung stehen, um unabhängig auswerten zu können. Die Kennzahlenergebnisse werden national innerhalb einer Steuerungsgruppe unter dem Vorsitz des Bundesministeriums für Gesundheit und unter Beteiligung aller Fonds besprochen und diskutiert. Weiters ist diese Steuerungsgruppe für die österreichweite Peer Review-Schulung sowie für die Festlegung der Peer Review-Themen zuständig. Die ersten Schulungen sowie Review-Verfahren sind für 2012 geplant. Es ist derzeit eine nationale Peer Reviewer-Liste geplant, in der alle geschulten Peers eingetragen werden. Dann besteht für die NÖLKH auch die Möglichkeit neben den von der nationalen Steuerungsgruppe ausgewählten Reviews eigenständige bundesländerübergreifende Verfahren in Niederösterreich durchzuführen.

Derzeit wird in Niederösterreich als auch in gesamt Österreich mit den Indikatoren der Version G-IQI 2.5 gearbeitet. IQ^M misst mittlerweile mit den G-IQI 3.1. Um weiterhin international vergleichbar zu bleiben, wurde die NÖLKH vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt die A-IQI weiterzuentwickeln und auf die deutsche Version 3.1 anzugleichen. Den Definitionsabgleich wird die Abteilung Strategische Qualitätsentwicklung der NÖLKH mit Prof. Dr. Thomas Mansky von der TU Berlin voraussichtlich bis Herbst diesen Jahres vornehmen.

Die transparente Darstellung von Ergebnissen aus der medizinischen Leistungserbringung stellt in Österreich Neuland dar. Durch den Beschluss der Bundesgesundheitskommission wird die erste bundesweite Veröffentlichung von Ergebnissen ausgewählter Indikatoren Ende 2013 stattfinden.

4.10 Umgang mit drei Steuerungsgruppen

Für die NÖLKH ergibt sich durch die verpflichtende nationale Anwendung des A-IQI Systems sowie durch die Mitgliedschaft bei IQ^M die Situation, dass mitunter drei Steuerungsgruppen Peer Review-Verfahren für die Landeskliniken in Niederösterreich festlegen:

- Steuerungsgruppe Peer Review in der NÖLKH selbst
- Steuerungsgruppe des Bundesministeriums für Gesundheit
- Fachausschuss Peer Review der Initiative Qualitätsmedizin

Am Jahresbeginn 2012 wird es so sein, dass die Peer Review-Themenauswahl vom BMG sowie IQ^M in die Steuerungsgruppe Peer Review in der NÖLKH einfließen und thematisiert werden. Um die Kommunikationswege holding-intern besonders mit den Reviewern und betroffenen Primärärzten festzulegen, wird der Termin der Steuerungsgruppe im Spätherbst genutzt.

4.11 Ausblick

Nahezu alle Landeskliniken arbeiten lokal mit dem Qualitätsmanagementsystem EFQM (European Foundation for Quality Management). Dafür ist der Qualitätsmanager oder die Qualitätsmanagerin im jeweiligen Landeskrankenhaus zuständig. Derzeit ist das Qualitätsmanagement vor Ort nicht in das Indikatorensystem bzw. in die Peer Review-Verfahren eingebunden. Die Reviews sind wie auch bei IQ^M, abgesehen von den Peer Review-Koordinatorinnen, ausschließlich ärztlich besetzt.

Für 2012 ist geplant, dass das Qualitätsmanagement beim Abschlussgespräch des Peer Reviews vor Ort einbezogen wird. Dies ist besonders dann sinnvoll, wenn abteilungs- oder auch klinikübergreifende Verbesserungsmaßnahmen vereinbart werden.

Die Primärärzte sollen nach dem Review Unterstützung bei größeren Umsetzungsmaßnahmen durch das Qualitätsmanagement des eigenen Klinikums erhalten.

Diese werden dann vom Qualitätsmanagement über Projekte in das bestehende EFQM integriert und bearbeitet. Im Herbst dieses Jahres wird sich eine Arbeitsgruppe mit den Abwicklungsdetails bzgl. EFQM-Einbindung, Rolle des Qualitätsmanagements etc. beschäftigen und für das kommende Jahr vorbereiten.

Zur Diskussion steht auch die Einbindung der klinischen Pharmazie entweder in die bestehenden Verfahren oder in eigenen Reviews ausschließlich zum Thema Arzneimittel und Medikamentensicherheit. Zudem besteht auch der Wunsch seitens der Geschäftsführung Überlegungen zu Reviews in der Pflege und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten wie bspw. Physiotherapie oder Ergo-

therapie anzustellen. Die Umsetzungsmöglichkeiten dazu sowie die Einbindung in das bisherige System werden im Laufe des nächsten Jahres analysiert werden.

Literatur

- Amon M, Fuchs F (2011) Das Peer Review Verfahren. Die standardisierte Vorgehensweise der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding am Vorbild der Initiative Qualitätsmedizin zur Bearbeitung der Austrian Inpatient Quality Indicators Version 1.0. Edition Donau-Universität Krems. Krems: 8ff. und 43.
- Bundesministerium für Gesundheit (2009) Medizinische Dokumentation 1. Jänner 2010. BMG. Wien: 17 und 36.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG], GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung [PKV], Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus [InEK] (2009) Deutsche Kodierrichtlinien Version 2010. InEK. Düsseldorf: D002F.
- Fuchs F, Amon M, Nimptsch U, Mansky T (2010) A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators. Qualitätsindikatoren der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding. Universitätsverlag der TU Berlin. Berlin. urn:nbn:de:kobv:83-opus-27226. http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2722/pdf/1A_IQI_Austrian_Inpatient_Quality_Indicators.pdf (Zugriff am 03.08.2011).



Dr. Fabiola Fuchs

Studium der Medizin an der Medizinischen Fakultät Wien, Psychotherapieausbildung der Österreichischen Ärztekammer mit Hauptfach Integrative Therapie, seit 1998 im Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds in der Abteilung für Medizinische Qualitätssicherung beschäftigt, seit 2008 Leitung der Abteilung Strategische Qualitätsentwicklung in der NÖ Landeskliniken-Holding, insbesondere als Vertretung des Landes NÖ bzw. der Zone Ost in diversen Gremien und Arbeitskreisen des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesundheit Österreich GmbH, verantwortlich für Strategieentwicklung und strategische Planung insbesondere für den Bereich Qualität innerhalb der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding, Autorin diverser Broschüren betreffend Patientenfür Informationen und Handbuch A-IQI sowie Peer Review-Verfahren.



Margarita Amon, BA

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Studium Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Krems, seit 2008 Mitarbeiterin der Abteilung Strategische Qualitätsentwicklung in der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding, verantwortlich für die Bereiche Qualitätsindikatoren und Peer Review-Verfahren.