

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Mess- und Vergleichskonzept

Outcome-Messung im
Gesundheitswesen

Abgenommen durch die
Bundes-Zielsteuerungskommission im Februar 2016

Impressum

Fachliche Begleitung/Expertise durch die Projektgruppe Mess- und Vergleichskonzept Outcomes (2014) und die Projektgruppe Outcome-Messung im Gesundheitswesen (2015):

Beate Atzler
Magdalena Arrouas
Christoph Beitel
Johanna Geyer
Judith delle Grazie
Aline Dragosits
Elisabeth Freynschlag
Flora Haderer
Kristina Hametner
Barbara Kraus-Neidhart
Gerhard Ladengruber
Christof Leitsberger

Alfred Mair
Andreas Mischak
Elisabeth Oberleitner
Nina Pfeffer
Otto Rafetseder
Ulrike Schermann-Richter
Martin Scheuringer
Johannes Schimmerl
Hermann Schmied
Stefan Spitzbart
Ilana Ventura

Wissenschaftliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH:

Florian Bachner
Robert Griebler
Petra Winkler
Julia Bobek
Anna Renner

Projektassistenz:

Brigitte Marsteurer

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Gesundheit
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Gesundheit
vertreten durch SC Dr.in Pamela Rendi-Wagner (BMG, Sektion III)

Erscheinungsdatum:

August 2015

Kurzfassung

Der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossene Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) legt im operativen Ziel 8.1.2. fest, eine regelmäßige, systematische, international vergleichbare und soweit erforderlich regionalisierte Messung der Outcomes im Gesundheitssystem (insb. der Wirkungen von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration) zu etablieren. Dafür wurde in einem ersten Schritt ein Mess- und Vergleichskonzept inklusive der Auswahl geeigneter Outcome-Indikatoren abgestimmt und entwickelt.

Die Bundeszielsteuerungskommission beauftragte die Fachgruppe Public Health / Gesundheitsförderung als Gremium der Bundes-Zielsteuerungskommission in den Bundesjahresarbeitsprogrammen 2013–2015 mit der Abarbeitung oben genannter Maßnahme, die zur operativen Umsetzung eine Projektgruppe (PG) etablierte. Die Arbeiten wurden wissenschaftlich von der Gesundheit Österreich GmbH begleitet und mit den Fachgruppen Planung und Qualität abgestimmt.

Zunächst wurden die zu beobachtenden Ziele festgelegt und priorisiert. In weiterer Folge soll mithilfe geeigneter Outcome-Indikatoren ihr Erreichungsgrad gemessen werden. Als Grundlage wurden die strategischen Ziele aus dem Steuerungsbereich Ergebnisorientierung des B-ZV herangezogen und um Ziele aus dem gemeinsamen Zukunftsbild (Artikel 2 B-ZV) sowie um prioritäre Ziele der Sozialversicherung ergänzt. In Summe konnten so sieben Ziele definiert werden:

1. Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und verfrühte Sterblichkeit verringern
2. Lebensqualität von chronisch erkrankten Personen verbessern
3. Qualität sicherstellen
4. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
5. Zugang und Fairness sicherstellen
6. Hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen
7. Akute Ereignisse vermeiden und behandeln

Abgrenzen und Präzisieren relevanter Begrifflichkeiten

Für das Mess- und Vergleichskonzept ist hierfür insbesondere ein gemeinsames Verständnis der Funktionen des Gesundheitssystems wesentlich. Das Gesundheitssystem wurde dazu in die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration sowie Langzeitpflege und Palliativversorgung untergliedert. Sie repräsentieren weder historisch gewachsenen System- oder Finanzierungsverantwortungen, noch Festlegungen auf bestimmte Settings der Leistungserbringung.

Hinsichtlich der zu messenden Outcomes wurde eine begriffliche Unterscheidung zwischen Outcomes und intermediären Outcomes getroffen. Letztere stellen eine zeitliche Vorstufe zu den Outcomes dar und ermöglichen eine frühzeitige Beobachtung etwaiger Entwicklungen und Trends.

Outcome-Framework und Indikatoren-Auswahl

Zur Komplexitätsreduktion wie auch als analytisches Hilfskonstrukt zur Auswahl geeigneter Indikatoren wurde ein Outcome-Framework erstellt. Es stellt eine Verbindung zwischen Zielen, Funktionsbereichen und Indikatoren her und deutet angenommene Wirkzusammenhänge an.

Ein mehrstufiger Expertenprozess führte zur Auswahl von 38 Outcome-Indikatoren, die im Rahmen einer noch zu leistenden Detailanalyse darzulegen sind. Die Konstruktion der Indikatoren erfolgt auf Basis bereits vorhandener Routine- und Erhebungsdaten. Vier dieser Indikatoren sind derzeit - mangels geeigneter Datengrundlagen - nicht darstellbar, weshalb die Schaffung und Verbesserung entsprechender Datengrundlagen empfohlen wird. Für die Bereiche Langzeitpflege und Palliativversorgung wurden keine Indikatoren definiert. Dazu soll in Kooperation mit dem Sozialministerium ein eigenständiger Prozess lanciert werden, mit dem Ziel geeignete Indikatoren festzulegen sowie entsprechende Datengrundlagen herzustellen.

Eckpunkte der Messung

Als geeigneter Vergleichsraum wurden die 28 Mitgliedstaaten der Europäischen Union ergänzt um die Länder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) gewählt. Bei entsprechender Datenverfügbarkeit und Akzeptanz der Vertragspartner der Zielsteuerung-Gesundheit soll es neben dem internationalen Vergleich der analysierten Indikatoren auch zu einem Vergleich auf Bundesländerebene kommen. Ergänzt wird der Vergleich um Durchschnittswerte der EU-28-Länder, wie auch der EU-15-Länder.

Die Indikatoren sollen nach Geschlecht und, falls die Datenlage dies zulässt, weiter nach relevanten sozioökonomischen und soziodemografischen Merkmalen stratifiziert werden, um auch Aspekte der Chancengerechtigkeit abzubilden.

Die Projektgruppe spricht sich überdies für eine Veröffentlichung der Ergebnisse in einem vierjährigen Intervall (in Anlehnung an die Zielsteuerungsintervalle) aus. Die Daten sollen möglichst aktuell gehalten und um Trenddarstellungen der jeweils letzten zehn Jahre ergänzt werden. Allfällige Limitationen hinsichtlich Interpretation bzw. Datengrundlagen werden je Indikator in der Detailanalyse transparent gemacht.

Vorschläge für qualitative und/oder quantitative Zielwerte sollen für alle verfügbaren Indikatoren im Rahmen einer empirischen Detailanalyse bis Ende des Jahres 2015 vorgelegt werden.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abkürzungen.....	VI
Tabellen	VIII
Abbildungen.....	X
1 Einleitung und Hintergrund.....	1
2 Entwicklung des Mess- und Vergleichskonzeptes	3
2.1 Ziele	3
2.2 Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen	4
2.3 Entwicklung des Outcome-Frameworks	7
2.4 Indikatorenauswahl.....	7
3 Outcome-Framework	13
4 Indikatoren zur Outcome-Messung	16
5 Mess- und Vergleichskonzept.....	20
6 Conclusio und Ausblick.....	23
7 Literatur	24
Anhang	27
Anhang A Empfohlene Indikatoren zum Mess- und Vergleichskonzept Outcomes	28
Anhang B Indikatorenbeschreibungen.....	29
Anhang C Liste der Projektgruppenmitglieder	63
Anhang D Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Expertenworkshops	64

Abkürzungen

ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AMI	Akuter Myokardinfarkt
AT	Österreich
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BE	Belgien
Bgld	Burgenland
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
bzw.	beziehungsweise
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CY	Zypern
CZ	Tschechische Republik
DE	Deutschland
DK	Dänemark
DMFT	Decayed, Missing, Filled Teeth
EE	Estland
EL	Griechenland
ES	Spanien
et al.	und andere
EU	Europäische Union
EU-15	15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union beigetreten bis 2004
EU-28	alle 28 Mitgliedstaaten der EU
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
EW	Einwohner/Einwohnerin
FI	Finnland
FR	Frankreich
ggü.	gegenüber
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HU	Ungarn
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IDF	Internationale Diabetes Föderation
IE	Irland
IS	Island
IT	Italien
inkl.	inklusive
KA	Krankenanstalten
Ktn	Kärnten
KV	Krankenversicherung
LT	Litauen

LU	Luxemburg
LV	Lettland
med.	medizinisch
Mio.	Million/en
MT	Malta
NL	Niederlande
NO	Norwegen
NÖ	Niederösterreich
Ø	Durchschnitt (arithmetisches Mittel)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖ	Oberösterreich
PIM	Potentiell Inadäquate Medikation
PL	Polen
PT	Portugal
RO	Rumänien
s.	siehe
Sbg	Salzburg
SE	Schweden
SI	Slowenien
SK	Slowakei
Stmk	Steiermark
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte
tlw.	teilweise
u.	und
u. a.	unter anderem
UK	Vereinigtes Königreich
vgl.	vergleiche
vs.	versus
Vbg	Vorarlberg
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel
ZÄ	Zahnärzte/Zahnärztinnen

Tabellen

Tabelle 2.1:	Inhaltliche Kriterien zur Beurteilung der Indikatoren	9
Tabelle 2.2:	Technische Kriterien zur Durchführbarkeit und Datenqualität	10
Tabelle 4.1:	Empfohlene Indikatoren zur Outcome-Messung im Gesundheitswesen	17
Tabelle B.1:	Gesundheitsförderung – Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen	29
Tabelle B.2:	Gesundheitsförderung – Schulklima	30
Tabelle B.3:	Gesundheitsförderung – Sozialkapital.....	31
Tabelle B.4:	Gesundheitsförderung – Obst- und Gemüsekonsum.....	32
Tabelle B.5:	Gesundheitsförderung – Gesundheitswirksame Bewegung	33
Tabelle B.6:	Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration – Gesundheitskompetenz	34
Tabelle B.7:	Prävention – Sturzbedingte Frakturen des Oberschenkelknochens.....	35
Tabelle B.8:	Prävention – Zahnstatus Sechsjähriger.....	36
Tabelle B.9:	Prävention – Tabakkonsum	37
Tabelle B.10:	Prävention – Alkoholkonsum	38
Tabelle B.11:	Prävention – Adipositas	39
Tabelle B.12:	Gesundheitsförderung und Prävention – Inzidenz bösartige Neubildungen	40
Tabelle B.13:	Gesundheitsförderung und Prävention – Inzidenz Herz-Kreislauf- Erkrankungen	41
Tabelle B.14:	Gesundheitsförderung und Prävention – Inzidenz Diabetes	42
Tabelle B.15:	Kuration – Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)	43
Tabelle B.16:	Kuration – Ambulatory Care Sensitive Conditions	44
Tabelle B.17:	Kuration – 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall.....	45
Tabelle B.18:	Kuration – 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt.....	46
Tabelle B.19:	Kuration – Antimikrobielle Resistenzen.....	47
Tabelle B.20:	Kuration – Nosokomiale Infektionen.....	48
Tabelle B.21:	Kuration: Potentiell inadäquate Medikation von Älteren	49
Tabelle B.22:	Kuration – Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung.....	50
Tabelle B.23:	Kuration – Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt.....	51
Tabelle B.24:	Kuration – Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf.....	52
Tabelle B.25:	Kuration – Wartezeiten: Intramural	53

Tabelle B.26: Kuration – Wartezeiten: Extramural	54
Tabelle B.27: Gesamtsystem – Lebenserwartung	55
Tabelle B.28: Gesamtsystem – Gesunde Lebensjahre	56
Tabelle B.29: Gesamtsystem – Selbsteingeschätzter Gesundheitsstatus	57
Tabelle B.30: Gesamtsystem – Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	58
Tabelle B.31: Gesamtsystem – Depression (Psychisches Wohlbefinden)	59
Tabelle B.32: Gesamtsystem – Vorzeitige Mortalität.....	60
Tabelle B.33: Gesamtsystem – Verlorene Lebensjahre (PYLL).....	61
Tabelle B.34: Gesamtsystem – Säuglingssterblichkeit	62

Abbildungen

Abbildung 2.1: Ergebnismatrix zur Bewertung der Indikatoren	12
Abbildung 3.1: Outcome-Framework	14

1 Einleitung und Hintergrund

Die systematische Messung von gesundheitlichen und gesundheitsrelevanten Outcomes ist eine unverzichtbare Aufgabe, um Interventions- und Steuerungsebenen im Gesundheitswesen sichtbar zu machen. Dadurch können wesentliche Problemlagen aufgezeigt sowie zentrale Interventions-ebenen identifiziert werden.

In Österreich existiert bislang kein abgestimmtes, umfassendes und regelmäßig durchgeführtes Outcome-Monitoring, wodurch internationale wie regionale Vergleiche ausschließlich für ausgewählte Indikatoren oder aber nur themenspezifisch vorliegen. Ein abgestimmtes, regelmäßiges und umfassendes Outcome-Monitoring zielt unter Berücksichtigung allfälliger weiterer Einflussdeterminanten darauf ab, Handlungsfelder für etwaige Systeminterventionen zu identifizieren. Im Zeitverlauf können die Ergebnisse mit Maßnahmen in Verbindung gebracht werden, deren Effektivität in weiterer Folge eingeschätzt werden kann. Das Outcome-Monitoring stellt damit Grundlagen für informierte Entscheidungen bereit.

Das Problem wurde von den steuernden Stakeholdern erkannt und in Form eines operativen Ziels im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) 2013 adressiert.

B-ZV operatives Ziel 8.1.2.

Regelmäßige, systematische, international vergleichbare und soweit erforderlich regionalisierte Messung der Outcomes im Gesundheitssystem (insb. der Wirkungen von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration) etablieren

- » Maßnahme 1: Entwicklung, Abstimmung und Implementierung eines Mess- und Vergleichskonzeptes inklusive Auswahl geeigneter europäischer Vergleichsländer, Definition, Abgrenzung und Priorisierung der Messgrößen sowie Aussagen zur Machbarkeit, Bestimmung von Zielwerten und geeigneten Zeithorizonten für diese bis Mitte 2014
- » Maßnahmen 2: Voraussetzungen für die Verfügbarkeit der laut Mess- und Vergleichskonzept erforderlichen Daten sicher stellen bis Mitte 2015
- » Maßnahme 3: Laufende Abstimmung der regelmäßigen Gesundheitsbefragungen (vgl. op. Ziel 8.4.1.) auf die sich aus diesem Mess- und Vergleichskonzept ergebenden Erfordernisse
- » Maßnahme 4: Analyse von Abweichungen der österreichischen Outcomes von den Outcomes der geeigneten europäischen Vergleichsländer inkl. Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten erstmalig bis Ende 2015
- » Maßnahme 5: Sicherstellung, dass signifikante Abweichungen bei den analysierten Outcomes zu einer systematischen, zielorientierten Bearbeitung auf Bundes- und Landesebene führen (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013)

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag folgt den Österreichischen Rahmengesundheitszielen (R-GZ). „Diese orientieren sich, unter Berücksichtigung des Beitrags aller relevanten Politikfelder (Health in All Policies) sowie von Empowerment und Partizipation, an den maßgeblichen Einflussfaktoren für Gesundheit (Determinanten). Die Gesundheitsziele berücksichtigen Gesundheit als Leitbegriff und richten sich auf die kollektive Gesundheit der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen.“(Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013)

Auch im Kontext der R-GZ findet ein Monitoring-Prozess statt, der sich zum vorliegenden Mess- und Vergleichskonzept komplementär verhält. Überschneidungen finden sich jedoch bei jenen Indikatoren, die speziell durch die Funktionsbereiche Gesundheitsförderung und Prävention sowie durch das Gesamtsystem adressierbar sind (s. Abschnitt 2.2)

Die Umsetzung oben genannter Maßnahmen ist Gegenstand dieses Konzepts (insbesondere Maßnahme 1). Sie wurde von der Bundes-Zielsteuerungskommission¹ in den Jahresarbeitsprogrammen 2013 bis 2015 der Fachgruppe Public Health und Gesundheitsförderung überantwortet. Im März 2014 wurde diesbezüglich eine Projektgruppe (Projektgruppe Mess- und Vergleichskonzept - Outcomes; bestehend aus Vertretern/Vertreterinnen aus Bund, Ländern und Sozialversicherung; siehe Anhang) mit der Erarbeitung des unter Maßnahme 1 angeführten Konzeptes beauftragt. Die Arbeiten wurden wissenschaftlich von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) begleitet und mit den Fachgruppen Planung und Qualität abgestimmt. Im Jahr 2015 wurde die Projektgruppe unter veränderten Namen (Projektgruppe Outcome-Messung im Gesundheitswesen) fortgeführt und mit der Umsetzung der weiteren im B-ZV genannten Maßnahmen betraut.

Ergebnis ist das integrative Mess- und Vergleichskonzept zur Outcome-Messung im Gesundheitswesen, das im Folgenden beschrieben wird.

1

s. <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40150887>

2 Entwicklung des Mess- und Vergleichskonzeptes

Die Entwicklung eines Mess- und Vergleichskonzeptes ist durch mehrere methodische Schritte gekennzeichnet:

- » Festlegen der Ziele, deren Erreichungsgrad gemessen werden soll
- » Klären und Präzisieren relevanter Begriffe
- » Entwicklung eines Outcome-Frameworks (zur Komplexitätsreduktion sowie als analytisches Hilfskonstrukt zur Indikatorenauswahl)
- » Auswahl geeigneter Indikatoren zur Zielmessung
- » Festlegen relevanter Eckpunkte zur Präzisierung des Mess- und Vergleichsrahmens

Diese Klärungen wurden von der Projektgruppe „Mess- und Vergleichskonzept Outcomes“ (bzw. in ihrer Fortsetzung von der Projektgruppe Outcome-Messung im Gesundheitswesen) vorgenommen und wissenschaftlich durch die GÖG begleitet. Sämtliche im Folgenden dargestellten Schritte wurden in der Projektgruppe abgestimmt.

2.1 Ziele

Einer der zentralsten Schritte bei der Erstellung eines Mess- und Vergleichskonzeptes ist das Festlegen der zu erfassenden Messbereiche. Hierzu müssen Ziele identifiziert werden, die – im besten Falle – einer Reihe von Kriterien entsprechen: Sie sollen **spezifisch**, **messbar**, **akzeptiert**, **realistisch** und **terminiert** sein (SMART-Prinzip) (Doran 1981).

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag² gliedert sich in vier Steuerungsbereiche, die unterschiedliche Ebenen des Gesundheitssystems adressieren: Die Finanzzielsteuerung kann als Inputebene verstanden werden, während die Bereiche Versorgungsprozesse und Versorgungsstrukturen als Through- bzw. Output-Ebene betrachtet werden können. Schließlich werden Outcomes im Steuerungsbereich Ergebnisorientierung angesprochen (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013). Letzterem widmet sich das Mess- und Vergleichskonzept, während die verbleibenden Steuerungsbereiche über andere Prozesse bearbeitet und evaluiert werden.

Zur Definition von Zielbereichen wurden zunächst die im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages konsensuell von Bund, Ländern und Sozialversicherung festgelegten und akzeptierten Ziele zur Outcome-Messung herangezogen:

- » Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und Lebensqualität von erkrankten Personen verbessern

2

siehe: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/III/III_00038/index.shtml

- » Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen, routinemäßig messen und transparent machen
- » Patientensicherheit und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insbesondere in Bezug auf Information und Kommunikation stärken und routinemäßig messen
- » Hohe Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen und routinemäßig messen

Darüber hinaus wurden aus relevanten Passagen des gemeinsamen Zukunftsbildes (Artikel 2 B-ZV) weitere Outcome-Ziele abgeleitet sowie ein Abgleich mit den Zielbereichen zur Performance-messung der Sozialversicherung im österreichischen Gesundheitswesen vorgenommen (Beitel et al. 2013). In Summe wurden so sieben Ziele identifiziert, die als Grundlage für das nachstehende Mess- und Vergleichskonzept dienen:

1. Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und verfrühte Sterblichkeit verringern
2. Lebensqualität von chronisch erkrankten Personen verbessern
3. Qualität sicherstellen
4. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
5. Zugang und Fairness sicherstellen
6. Hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen
7. Akute Ereignisse vermeiden und behandeln

Das oben genannte dritte Ziel „Qualität sicherstellen“ wurde von der ursprünglichen Formulierung „Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherstellen“ abgeleitet (Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013). Mit seiner Umformulierung auf „Qualität sicherstellen“ wurde das Ziel auf eine umfassendere Basis gestellt, womit auch die anderen Funktionsbereiche im Gesundheitswesen adressiert werden.

Die Projektgruppe erarbeitete darüber hinaus weiterführende Eckpunkte des Mess- und Vergleichskonzepts (Vergleichsländer, notwendige Stratifizierungen, Intervall der Berichterstattung, Definition von Zielwerten und dgl.) und testete sie anhand ausgewählter Beispiele (s. Kapitel 5).

2.2 Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen

Für das weitere Verständnis des vorliegenden Konzeptes sind zentrale Begriffsbestimmungen und Abgrenzungen notwendig.

Die Outcome-Messung ist ein Prozess der systematischen Sammlung bzw. Aufzeichnung von aktuellen Informationen eines Programms. Dadurch wird aufgezeigt, ob Fortschritte erzielt bzw. gesetzte Ziele erreicht wurden (Wren 2007).

Outcomes

Outcomes sind Ergebnis erbrachter Leistungen, bestimmter Strukturen und Prozesse sowie bestimmter Verhaltensweisen. Im Bereich des Gesundheitswesens zählen dazu Verluste und Zugewinne in der Lebenserwartung sowie Verbesserung oder Verschlechterung in der Gesundheit, im Wohlbefinden sowie hinsichtlich der Lebensqualität (Pfaff 2003). Unter der Annahme, dass die Gesundheit als Ziel dieser Versorgungsleistungen nicht unmittelbar, sondern über Zwischenstufen sowie durch zahlreiche weitere Determinanten erreicht bzw. beeinflusst wird, empfiehlt es sich auch intermediäre Outcomes aufzunehmen (Nutbeam 2000). Damit wird eine Outcome-Ebene adressiert, die als zeitliche Vorstufe zu den tatsächlichen Outcomes interpretiert werden kann. Sie erlaubt bereits frühzeitige eine Beobachtung etwaiger Entwicklungen und Trends. Intermediäre Outcomes gelten als durch das Gesundheitsversorgungssystem beeinflussbar (modifiable determinants of health) und sind daher auch für das Gesundheitswesen und dessen Akteure von Bedeutung. Gelingt es beispielsweise den Anteil der Raucherinnen und Raucher zu senken, so wirkt dies über die Inzidenzsenkung bösartiger Neubildungen auf die Reduktion vorzeitiger Sterblichkeit. Der Tabakkonsum bzw. die Raucherprävalenz würde in diesem Fall einen intermediären Outcome, die Inzidenzrate bösartiger Neubildungen sowie die vorzeitige Sterblichkeit mittel- bis langfristige Outcomes darstellen.

Outcomes sind von Inputs, Throughputs und Outputs zu unterscheiden. Während Inputs Ressourcen beschreiben, die in das Gesundheitssystem fließen (z. B. Ausgaben, Personal, Großgeräte, Patientinnen/Patienten), zeigen Throughputs, was mit den eingesetzten Ressourcen im System geschieht. Sie bilden demnach die Verarbeitungsleistung von Inputs ab. Aus gegebenen Ressourcen (Inputs) werden mit Hilfe von Versorgungsstrukturen und -prozessen (Throughputs) zielführende Versorgungsleistungen hergestellt. Outputs sind zumeist konkret erbrachte Versorgungsleistungen (Pfaff 2003).

Indikatoren

Outcomes werden mithilfe von Indikatoren gemessen. Indikatoren sind Messgrößen, die (z. B. soziale, ökonomische, gesundheitliche) Sachverhalte anzeigen, die nicht unmittelbar beobachtet werden können. So wird der Gesundheitszustand einer Bevölkerung häufig mithilfe des Indikators Lebenserwartung beschrieben (Schubert/Klein 2011).

Gesundheitswesen

Der Begriff Gesundheitswesen ist komplex und nicht einheitlich definiert. Häufig wird er synonym mit dem Begriff Gesundheitssystem verwendet. Die World Health Organisation (WHO) versteht unter Gesundheitssystem sämtliche Aktivitäten, deren primärer Zweck die Förderung, Wiederherstellung und/oder Erhaltung der Gesundheit ist (WHO 2000). In Österreich steht der Begriff des Gesundheitswesens in engem Zusammenhang mit der historisch gewachsenen institutionellen Gliederung der Funktionen und Aufgaben sowie rechtlichen Abgrenzungskriterien. Der nationale Fokus liegt dabei auf dem Begriffspaar Gesundheitsversorgung und -förderung, die alle Formen der

Krankenversorgung bzw. Kuration wie auch der individuums- und populationsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung (von der Primär- bis zur Tertiärprävention) umfassen, wobei Gesundheitsversorgung und -förderung durch medizinische und nicht-medizinische Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbracht werden. Darunter sind ebenfalls alle medizinischen und pflegerischen Leistungen subsumiert, die im Bereich der Langzeitpflege und Palliativversorgung vorgehalten werden. Unter Krankenversorgung bzw. Kuration werden Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung und Nachsorge eines kranken Menschen durch medizinische und nicht-medizinische Anbieter von Gesundheitsleistungen verstanden (Pfaff 2003), unter Langzeitpflege und Palliativversorgung jene Leistungsangebote, die der Krankheitsbewältigung sowie der Erhaltung der Handlungsfähigkeit und Lebensqualität dienen (GÖG 2012; Stewig et al. 2013).

Gemäß diesen Definitionen wird das Gesundheitswesen im vorliegenden Mess- und Vergleichskonzept in vier Funktionsbereiche gegliedert: Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration sowie Langzeitpflege und Palliativversorgung (s. Kapitel 3).³ Sie repräsentieren weder historisch gewachsenen System- oder Finanzierungsverantwortungen, noch Festlegungen auf bestimmte Settings der Leistungserbringung. Prävention ist beispielsweise sowohl Aufgabe des extra- wie auch des intramuralen Bereiches.

Konform mit anerkannten Definitionen des Qualitätsbegriffs soll unter „Qualität im Gesundheitswesen“ die Übereinstimmung erbrachter Leistungen mit definierten Kriterien guter „Versorgung“ verstanden werden (Donabedian 1966; Institute of Medicine 2001), die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit gewünschter Outcomes beitragen (Kelley/Hurst 2006). Als qualitativ hochwertig gelten dabei Leistungen, die:

- » angemessen und effektiv sind, d. h. evidenzbasiert und wirksam stattfinden, allen zugänglich gemacht werden, die sie benötigen und nicht mehr erbracht werden, wenn kein Nutzen mehr besteht;
- » sicher erbracht werden, d. h. Verletzungen, Komplikationen und Zwischenfälle vermeiden;
- » patientenorientiert erfolgen, d. h. auf die Präferenzen, Bedürfnisse und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten Rücksicht nehmen, integriert erbracht werden und Kontinuität sichern (Belgian Health Care Knowledge Centre 2012; Canadian Institute for Health Information 2013; Wester 2008).

Nicht unter dem Qualitätsbegriff subsumiert wird hingegen der Zugang zum Gesundheitssystem. Er stellt die Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung dar (s. z. B. Canadian Institute for Health Information 2013) und wurde in einem eigenen Ziel (Ziel 5) adressiert.

3

Im Folgenden werden die Begriffe Gesundheitssystem und Gesundheitswesen synonym verwendet. Teilweise kommt auch das im Sinne obiger Definition exaktere Begriffspaar Gesundheitsförderungs- und -versorgungssystem zur Anwendung

2.3 Entwicklung des Outcome-Frameworks

Zur Verdeutlichung der bestehenden Interdependenzen zwischen den Ziel- und Funktionsbereichen und den diesbezüglichen Outcomes und Indikatoren wurde ein analytisches Rahmenkonstrukt entworfen (s. Kapitel 3). Es trägt zur Komplexitätsreduktion bei und wurde als analytische Hilfestellung in der Auswahl geeigneter Indikatoren eingesetzt.

Das Outcome-Framework baut auf Vorarbeiten zur Konkretisierung eines Public Health Monitoring Frameworks (Griebler et al. 2014) sowie auf Vorarbeiten zur Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen auf (Beitel et al. 2013). Richtungsweisend waren auch internationale Good-Practice-Beispiele, die anhand einer Literaturrecherche identifiziert und auf ihre Anwendungstauglichkeit hin geprüft wurden (Renner et al. 2014). Folgende Ansätze wurden dabei näher analysiert:

- » Dutch Health Care Performance Report – Niederlande
- » Performance of the Belgian Health System – Belgien
- » NHS Outcomes Framework – UK
- » Health Indicator Framework und Health System Performance Framework – Kanada
- » Healthy People 2020 – USA
- » European Community Health Indicators (ECHI)
- » Global Health Observatory (World Health Statistics) – WHO
- » Health at a Glance – OECD

2.4 Indikatorenauswahl

Für das Messen des Erreichungsgrads definierter Ziele wurden – anhand nachfolgender Systematik – Outcome-Indikatoren ausgewählt. Dabei kam eine mehrstufige Methodik zum Einsatz.

Da der B-ZV eine „regelmäßige, systematische, international vergleichbare und soweit erforderlich regionalisierte Messung der Outcomes im Gesundheitssystem“ einfordert, wurde die Suchstrategie zunächst auf internationale Indikatoren-Projekte ausgerichtet. Hier sind allen voran die Projekte der OECD (OECD Health Data), der WHO und der Europäischen Kommission (European Community Health Indicators Monitoring – ECHIM) zu nennen.⁴ Die in diesen Projekten enthaltenen Indikatoren bringen den Vorteil mit sich, bereits von Expertengremien erarbeitet und methodisch geprüft worden zu sein, sie sind überdies international weitgehend vergleichbar. Als weitere Quelle dienten einschlägige Vorarbeiten der österreichischen Sozialversicherungsträger (Beitel et al. 2013).

4

ECHI (European Community Health Indicators): <http://www.echim.org/>; WHO: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ und <http://www.healthypeople.gov/2020/LHI/2020indicators.aspx>; OECD: <http://www.oecd.org/els/health-systems/healthstatistics.htm>

In einem ersten Schritt wurde eine Liste möglicher Indikatoren erarbeitet, die sich aus den oben genannten Quellen speist. Diese äußerst umfangreiche, mehrere hundert Indikatoren umfassende Liste wurde mit Fokus auf intermediäre und Gesamtsystem-Outcomes um jene bereinigt, die für die geforderte Fragestellung als nicht relevant bzw. geeignet erachtet wurden. So wurden klassische Input- bzw. Throughput-Indikatoren, wie etwa monetäre Größen, Ärztedichten etc. ausgeschlossen.

In einem zweiten Schritt wurde diese Indikatorenliste der Projektgruppe vorgelegt und von den Expertinnen und Experten des Bundes, der Sozialversicherung sowie der Länder hinsichtlich ihrer gesundheitspolitischen Relevanz bewertet (nach dem Schulnotensystem). Zudem ordneten sie die Indikatoren den Zielen und Funktionsbereichen des Gesundheitswesens sowie der Rubrik Gesamtsystem-Outcomes zu (s. Kapitel 3). Diese Kurienbewertungen wurden summiert und daraus das arithmetische Mittel gebildet. In einem weiterführenden Schritt wurden all jene Indikatoren bzw. Indikatorengruppen ausgeschlossen, die eine Bewertung größer 2,5 aufwiesen. Darüber hinaus wurde die Liste von der Projektgruppe um fehlende Indikatoren ergänzt.

Die auf diese Weise priorisierte Indikatorenliste (insgesamt 86 Indikatoren bzw. Indikatorengruppen) wurde im Rahmen zweier ganztätiger Workshops mit Expertinnen und Experten diskutiert (Expertenliste siehe Anhang) und – in Anlehnung an Beitel et al. (2013) – einer inhaltlichen und technischen Bewertung unterzogen. Die Expertinnen und Experten wurden dabei in drei Gruppen eingeteilt: Gruppe 1: Gesundheitsförderung und Prävention; Gruppe 2: Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung; Gruppe 3: Gesamtsystem-Outcomes. Den Expertinnen und Experten wurde die Möglichkeit eingeräumt, Indikatoren zu ergänzen bzw. Präzisierungen hinsichtlich der vorgeschlagenen Indikatoren vorzunehmen. Auf diese Weise wurden insgesamt 99 Indikatoren bewertet.

Am ersten Workshop-Tag wurden die Indikatoren anhand ausgewählter inhaltlicher Kriterien (s. Tabelle 2.1) auf einer Skala von 1 bis 4 (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = schlecht, 4 = sehr schlecht) eingestuft. Die inhaltlichen Kriterien wurden dabei gleich gewichtet. Falls ein Indikator in einem der sechs Kriterien eine sehr schlechte Bewertung (= 4) erhielt, schied dieser aus dem weiteren Bewertungsverfahren aus. Für alle verbliebenen Indikatoren wurde je Indikator das arithmetische Mittel der summierten, innerhalb der Gruppen konsentierten Bewertungen, gebildet. In der technischen Bewertung der Indikatoren (zweiter Workshop-Tag; s. Tabelle 2.2) wurde analog verfahren.

Tabelle 2.1:
Inhaltliche Kriterien zur Beurteilung der Indikatoren

Kriterium	Fragestellung/Spezifikation
1. Gültigkeit/Validität	Inwieweit ist der Indikator dazu geeignet, das zu messende Ziel zu operationalisieren? <i>Z. B.: Ist die Raucherprävalenz ein valider Indikator, um die Qualität der Prävention zu beurteilen?</i>
2. Wichtigkeit (epidemiologisch)	Wie viele Menschen sind „betroffen“? Wie „gesundheitsgefährdend oder lebensgefährlich“ ist das, worum es im Indikator geht? <i>Soweit möglich sollten direkte und indirekte Einflüsse auf Prävalenz, Inzidenz und Sterblichkeit berücksichtigt werden.</i>
3. Aussagekraft/Repräsentativität	Wie aussagekräftig ist der Indikator? Lässt er repräsentative Aussagen über die zugeordnete Funktion / das zugeordnete Ziel zu?
4. Interpretierbarkeit	Lässt sich der Indikator sinnvoll und klar interpretieren? Können Steigerungen oder Reduktionen eindeutig bewertet werden?
5. Zielsteuerungs-Relevanz	Ist der Indikator geeignet, um das Erreichen der formulierten Ziele (siehe Framework) zu messen?
6. Beeinflussbarkeit durch die Zielsteuerungspartner	Inwiefern ist der Indikator durch das Gesundheitswesen und damit durch die Partner der Zielsteuerung beeinflussbar (SV, Länder, Bund). Reagiert der Indikator sensitiv auf Systemveränderungen? Welche Rolle spielen weitere Einflussgrößen (Determinanten)?

Quelle: In Anlehnung an (Beitel et al. 2013); Darstellung: GÖG

Tabelle 2.2:
Technische Kriterien zur Durchführbarkeit und Datenqualität

Kriterium	Fragestellung/Spezifikation
1. Verfügbarkeit	<p>Sind die Daten in auswertbarer Form verfügbar? Ist es notwendig, eine neue Datengrundlage zu schaffen? Ist eine Datengrundlage im Entstehen, die eine Berechnung möglich machen wird?</p> <p><u>Bewertung:</u> 1 = Daten sind auswertbar verfügbar (weitere Bewertung möglich) 2 = Daten sind in absehbarer Zeit auswertbar verfügbar (weitere Bewertung möglich) 3 = Daten existieren, jedoch nicht auswertbar/zusammengeführt/standardisiert (weitere Bewertung möglich) 4 = Daten sind nicht existent bzw. nicht in einer Form existent, die eine weitere Bewertung zulassen würde (keine weitere Bewertung möglich, Ausschluss)</p> <p><i>Bei Kombination von sehr schlechter Bewertung der Verfügbarkeit mit inhaltlich sehr gut bewerteten Indikatoren wird das Schaffen bzw. Zusammenführen von Datengrundlagen empfohlen</i></p>
2. Reliabilität/ Zuverlässigkeit	<p>Wird erwartet, dass die benötigten Daten mit zu großen Fehlern behaftet sind? Wie zuverlässig sind die Rohdaten? Wie hoch ist der Grad der Aggregation?</p> <p>Wie reproduzierbar sind die Ergebnisse? Führt eine wiederholte Datenerhebung mit den beschriebenen Instrumenten (zeitnah, ohne Intervention) zu denselben (ähnlichen, vergleichbaren) Ergebnissen? Ist das Messinstrument zuverlässig geeicht?</p> <p><u>Bewertung:</u> 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = schlecht, 4 = sehr schlecht</p>
3. Aktualität	<p>Sind die Daten regelmäßig verfügbar? Sind die zeitlichen Abstände zwischen den Erhebungen adäquat? Wie lange dauert es vom Setzen einer Maßnahme bis zur messbaren Wirkung dieser Maßnahme?</p> <p><u>Bewertung:</u> 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = schlecht, 4 = sehr schlecht</p> <p><i>Hängt von der Sensitivität des Indikators hinsichtlich Interventionen im System ab.</i></p>
4. Internationale und regionale Vergleichbarkeit	<p>Sind regionale (mind. Länderebene) Vergleiche in ausreichender statistischer Qualität möglich? Sind internationale Vergleiche innerhalb des EU-Raums in ausreichender statistischer Qualität möglich?</p> <p><u>Bewertung:</u> 1 = Daten sind international wie auch regional (mind. BL-Niveau) vergleichbar 2 = Daten sind nur international vergleichbar 3 = Daten sind nur regional (mind. BL-Niveau) vergleichbar 4 = Daten sind weder international noch regional vergleichbar</p>
5. Ausreichend Fallzahlen für Statistiken und Stratifizierung	<p>Treten die zu beobachtenden Daten in statistisch ausreichender Menge auf? Insbesondere bei Bundeslandvergleichen oder weiteren Stratifizierungen z. B. nach Alter und Geschlecht? Oder handelt es sich um eher seltene Ereignisse?</p> <p><u>Bewertung:</u> 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = schlecht, 4 = sehr schlecht</p>
6. Berechnungs- aufwand	<p>Wie hoch wird der personelle bzw. finanzielle Aufwand für die Berechnung eingeschätzt?</p> <p><u>Bewertung:</u> 1 = sehr niedrig, 2 = niedrig, 3 = hoch, 4 = sehr hoch</p>

Quelle: In Anlehnung an (Beitel et al. 2013); Darstellung: GÖG

Das Ergebnis der Expertenbewertung wurde in eine Ergebnismatrix übertragen. Die Bewertungen wurden jeweils in drei Kategorien gegliedert (inhaltlich in die Noten I, II und III; technisch in die Kategorien A, B und C). In die jeweils erste Bewertungsgruppe (Note I bzw. Kategorie A) fielen dabei all jene Indikatoren, die eine durchschnittliche Bewertung zwischen 1,0 bis 2,0 aufwiesen. Entsprechend schlechter bewertete Indikatoren wurden den jeweils mittleren Bewertungsgruppen (Note II bzw. Kategorie B) zugeordnet (durchschnittliche Bewertungen zwischen 2,01 und 3,0). Im Falle einer gänzlich negativen Bewertung (Bewertung eines Indikators mit der Note 4) wurde der Indikator in die jeweils dritte Bewertungsgruppe (Note III bzw. Kategorie C) sortiert (s. Abbildung 2.1).

Die Zusammenschau beider Bewertungsebenen (inhaltlich und technisch) führte zu folgenden Empfehlungen:

- » Indikatoren mit einer inhaltlich wie technisch positiven Bewertung (Kombination aus Note I und Kategorie A) werden für das Outcome-Monitoring empfohlen (insgesamt 38 Indikatoren).⁵
- » Indikatoren mit einer eher negativen Bewertung im inhaltlichen oder technischen Bereich kombiniert mit einer positiven bzw. einer ebenfalls eher negativen Bewertung im jeweils anderen Bereich werden nur eingeschränkt empfohlen (insgesamt 5 Indikatoren). Diese Indikatoren werden nur dann zur weiteren Nutzung angeregt, wenn für den angestrebten Zielbereich keine besseren Indikatoren identifiziert werden konnten. Hinsichtlich dieser 5 Indikatoren erfolgten keine Empfehlungen.
- » Indikatoren mit mindestens einer gänzlich negativen Bewertung (Note III oder Kategorie C) scheiden aus dem Verfahren aus (51 Indikatoren). Davon ausgenommen sind Indikatoren mit positiver Bewertung im inhaltlichen Bereich sowie einer negativen Bewertung hinsichtlich der Datenverfügbarkeit (8 Indikatoren). Für diese Indikatoren wird die Schaffung bzw. Verbesserung der entsprechenden Datengrundlagen empfohlen.

Das Ergebnis der Bewertung wurde der Projektgruppe vorgelegt und weiter gekürzt. Dazu wurden alle Indikatoren, die mit Note 3 in mindestens zwei inhaltlichen Kriterien beurteilt wurden, aus dem Set ausgeschlossen. Der endgültige Vorschlag der Projektgruppe umfasst 38 Indikatoren bzw. Indikatorengruppen, wobei 4 Indikatoren aufgrund der aktuellen Datenlage derzeit nicht erhebbar sind. Für diese Indikatoren wird die Schaffung bzw. Verbesserung der notwendigen Datengrundlagen empfohlen (s. Kapitel 3).

Aufgrund der mehrheitlich fragmentierten und unzugänglichen Datenlage im Bereich Langzeitpflege und Palliativversorgung wurde im zugehörigen Funktionsbereich keiner der diskutierten Indikatoren empfohlen. Hier spricht sich die Projektgruppe dafür aus, über das Initiieren eines Expertenprozesses unter Einbezug des Sozialministeriums, bundesweit einheitliche Datengrundlagen und Indikatoren zu schaffen.

5

Darunter auch ein Indikator zur Langzeitpflege und Palliativversorgung, der sich nicht im finalen Indikatorenset wiederfindet. Ein Indikator alleine wurde nicht als ausreichend erachtet um repräsentativ für eine Hauptfunktion des Gesundheitssystems zu stehen.

Abbildung 2.1:
Ergebnismatrix zur Bewertung der Indikatoren

		Technische Bewertung zur Durchführbarkeit und Datenqualität		
		Kategorie A nur positive Bewertungen (Durchschnitt 1,0–2,0)	Kategorie B eher negative Bewertungen (Durchschnitt 2,01–3,0)	Kategorie C negative Bewertungen (4 in zumindest einem Kriterium)
Inhaltliche Bewertung	Note I nur positive Bewertungen (Durchschnitt 1,0–2,0)	Empfehlung	Empfehlung, falls kein besserer Indikator identi- fiziert werden konnte	Ausschluss Empfehlung zur Schaffung bzw. Harmonisierung der Datengrundlage
	Note II eher negative Bewertungen (Durchschnitt 2,01–3,0)	Empfehlung, falls kein besserer Indikator identi- fiziert werden konnte	Empfehlung, falls kein besserer Indikator identi- fiziert werden konnte	Ausschluss
	Note III negative Bewertungen (4 in zumindest einem Kriterium)	Ausschluss	Ausschluss	

Quelle: In Anlehnung an (Beitel et al. 2013); Darstellung: GÖG

3 Outcome-Framework

Entsprechend dem Operativen Ziel 8.1.2. des Bundes-Zielsteuerungsvertrags (B-ZV) konzentriert sich das Outcome-Framework auf die „Gesundheitsversorgung und -förderung“ sowie auf damit im Zusammenhang stehende Outcomes. In Anlehnung an die oben genannten Modelle sowie in Übereinstimmung mit internationalen Good-Practice-Beispielen wird die „Gesundheitsversorgung und -förderung“ in vier Funktionsbereiche gegliedert: Gesundheitsförderung, Prävention, Kuratation, Langzeitpflege und Palliativversorgung. Sie repräsentieren weder historisch gewachsenen System- oder Finanzierungsverantwortungen, noch Festlegungen auf bestimmte Settings der Leistungserbringung.

Die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention erweisen sich dabei als eng verwoben. Im Framework wird dies durch eine idente Farbgebung (blau) angedeutet. Beide Bereiche besitzen jedoch unterschiedliche Ziel- und Strategierichtungen (Hurrelmann/Razum 2012). Prävention schließt Primär-, Sekundär und Tertiärprävention mit ein. Zudem wird davon ausgegangen, dass bestimmte Outcomes nur mittel- bis langfristig durch gesundheitsförderliche bzw. präventive Maßnahmen beeinflusst werden können. Im dargestellten Framework betrifft dies vor allem die ausgewählten Inzidenz-Indikatoren, die aus diesem Grund mit einem helleren Blauton hinterlegt wurden. Sie sind zudem durch Systeme außerhalb des Gesundheitswesens adressierbar (Health in All Policies), während Langzeitpflege und Palliativversorgung einen „Überlappungsbereich“ von Gesundheits- und Sozialsystem markieren. Die einzelnen Funktionsbereiche zeigen Interventionsmöglichkeiten auf, die zur Beeinflussung der individuellen und kollektiven Gesundheit genutzt werden können (Bauer et al. 2006) und repräsentieren damit eine wesentliche Komponente des Outcome-Frameworks.

Auf Ebene der Outcomes unterscheidet das Outcome-Framework Outcomes und intermediäre Outcomes (Nutbeam 2000) (s. Abschnitt 2.2). Sie erlauben Aussagen über das Gesundheitssystem, indem sie Rückschlüsse zur Zielerreichung einzelner Funktionsbereiche bzw. zum Gesamtsystem ermöglichen. Intermediäre Outcomes verweisen auf gesundheitsrelevante Einflussfaktoren und Determinanten (wie z. B. auf das Gesundheitsverhalten oder die Gesundheitskompetenz), die sowohl durch die Gesundheitsversorgung und -förderung, in vielen Fällen aber auch durch andere Systeme beeinflusst werden. Im „Outcome-Framework“ wird dieser Umstand mit dem Health-in-all-Policies-Bereich symbolisiert (HiAP-Bereich).⁶

Die Gesamtsystem-Outcomes werden in der Framework-Abbildung durch ein eigenes Modellsegment repräsentiert. Sie erlauben stellvertretende Aussagen zu allen Funktionsbereichen, können diesen aber – aufgrund der multifaktoriellen Genese dieser Outcomes – nicht exklusiv zugeordnet werden. Auch sie werden entscheidend durch Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems beeinflusst (HiAP-Bereich).

6

In Analogie zum PHOF (Griebler et al. 2014) werden dort zentrale Themenfelder gelistet. Der HiAP-Bereich markiert damit die Schnittstelle zum Rahmen-Gesundheitsziele-Monitoring und verweist auf die Komplementarität dieser Prozesse.

Outcome-Framework

Zuordnung der Indikatoren nach Funktionen des Gesundheitsförderungs- und versorgungssystems

1. Zahl der **gesunden Lebensjahre** erhöhen und **verfrühte Sterblichkeit** verringern

2. **Lebensqualität** von chronisch kranken Personen verbessern

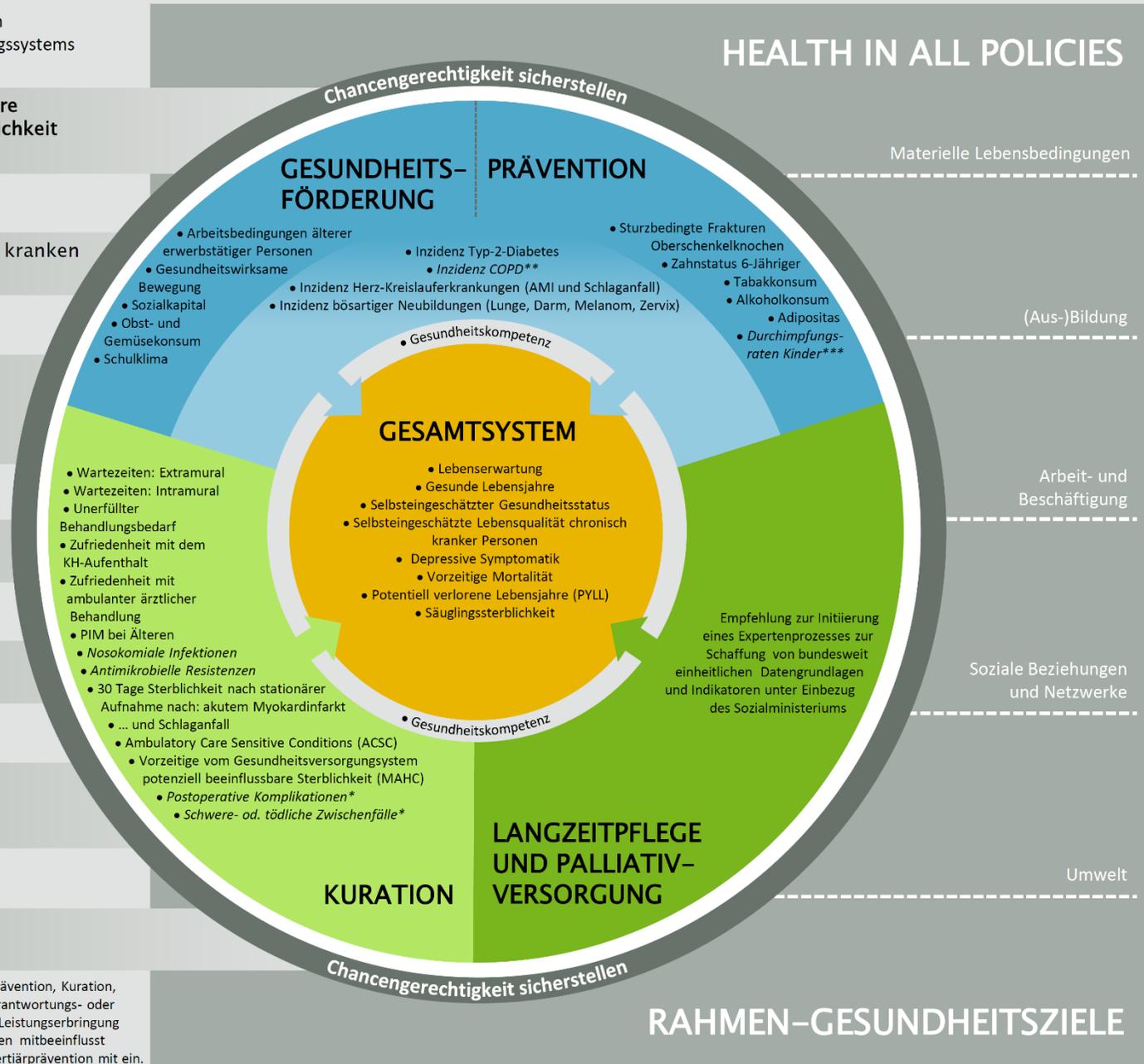
3. **Qualität** sicherstellen (Patientenorientierung, Angemessenheit, Effektivität, Sicherheit)

4. **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung stärken

5. **Zugang und Fairness** sicherstellen

6. **Hohe Zufriedenheit** mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen

7. **Akute Ereignisse** vermeiden und behandeln



Die dargestellten **Funktionen** (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und Palliativversorgung) stellen keine Verantwortungs- oder Finanzierungszuschreibungen im Sinne von Settings der Leistungserbringung dar. **Gesamtsystem-Outcomes** werden von allen Akteuren mitbeeinflusst (inkl. HiAP). **Prävention** schließt Primär-, Sekundär- u. Tertiärprävention mit ein.

Inzidenzen (hellblauer Bereich): mittel- bis langfristige Beeinflussbarkeit durch Gesundheitsförderungs- und Prävention.

Kursiv: Derzeit keine Berechnung möglich, Empfehlung zur Schaffung von (verbesserten) Datengrundlagen mit unterschiedlicher Priorisierung: *** hohe Priorität, ** mittlere Priorität, * niedrige Priorität

Auf Ebene der Outcomes wird einem umfassenden Gesundheitsbegriff Rechnung getragen, wonach Menschen dann als gesund gelten, wenn sie (Becker 2006; WHO 1946):

- » frei von Krankheiten und Beschwerden sind,
- » sich körperlich, psychisch und sozial wohl fühlen sowie
- » uneingeschränkt an der Gesellschaft teilnehmen bzw. ein selbständiges Leben führen können.

Diese Facette des Gesundheitsbegriffs orientiert sich am Functioning-Konzept der ICF (International Classification of Functioning) und repräsentiert den Aspekt der Handlungs- und Leistungsfähigkeit (WHO 2005). Angaben zur Mortalität markieren hingegen den Verlust einer überlebensnotwendigen „Minimalgesundheit“ oder das tödliche Einwirken äußerer „Kräfte“ und Substanzen.

Das Outcome-Framework enthält insgesamt sieben Ziele, die den Funktionsbereichen sowie den Gesamtsystem-Outcomes hinterlegt sind. Sie markieren den zu messenden Inhalt des Frameworks, der langfristig einem Monitoring unterzogen werden soll. Alle Indikatoren sollen – soweit wie möglich – unter dem Aspekt der Chancengerechtigkeit betrachtet werden, d. h. nach Alter, Geschlecht, Herkunft, Einkommen und Bildung differenziert. Die Chancengerechtigkeit wird damit als eine „Querschnittsmaterie“ behandelt, die es analytisch mitzuführen gilt (Griebler et al. 2014).

Die Pfeile im Framework symbolisieren die unterstellten Wirkzusammenhänge. Zudem kann angenommen werden, dass Outcomes der Gesundheitsversorgung und -förderung – im Sinne einer Steuerung – auch umgekehrt Einfluss auf das Gesundheitssystem nehmen (im Framework nicht dargestellt). Der Einfluss anderer Determinanten ist im Framework durch den HiAP-Bereich symbolisiert, der nicht zuletzt erheblichen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung und -förderung sowie auf die (intermediären) Outcomes nimmt.

4 Indikatoren zur Outcome-Messung

Im Zuge des Auswahlverfahrens (s. Abschnitt 2.4) wurden insgesamt 38 Indikatoren und Indikatorengruppen zur Outcome-Messung empfohlen (s. Tabelle 4.1):

- » 6 im Bereich der Gesundheitsförderung
- » 6 im Bereich der Prävention
- » 4 im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (hellblauer Bereich im Framework)
- » 14 im Bereich der Kuration
- » 0 im Bereich der Langzeitpflege und Palliativversorgung
- » 8 im Bereich der Gesamtsystem-Outcomes

6 der 38 Indikatoren können allerdings aufgrund der aktuellen Datenlage nicht ausgewertet werden. Für diese Indikatoren wird die Schaffung bzw. Verbesserung der notwendigen Datengrundlagen empfohlen.

Hinsichtlich Langzeitpflege und Palliativversorgung wird die Outcome-Messung als wesentlich erachtet, kann jedoch derzeit weder mit entsprechenden Indikatoren noch mit hinreichenden Datengrundlagen beschrieben werden. Die Projektgruppe schlägt deshalb vor, auf Basis eines gesonderten Expertenprozesses bundesweit Datengrundlagen zu schaffen und Indikatoren zu entwickeln.

Die primäre Zuordnung der Outcome-Indikatoren zu den Ziel- und Funktionsbereichen des Frameworks sowie zur Rubrik Gesamtsystem-Outcomes ist im Anhang abgebildet (s. Anhang A). Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, dass Indikatoren prinzipiell auch mehrfach zugeordnet werden können.

Eine detaillierte Beschreibung aller Indikatoren findet sich im Anhang.

Tabelle 4.1:
Empfohlene Indikatoren zur Outcome-Messung im Gesundheitswesen

Kurztitel	Präzisierung
Gesundheitsförderung	
Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen	» Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen (durch ältere erwerbstätige Personen; 50–64 Jahre) auf einer Skala von 0 bis 100
Schulklima	» Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas (durch 11-, 13- und 15-Jährige) auf einer Skala von 0 bis 100
Sozialkapital	» Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung verfügt
Obst- und Gemüsekonsum	» Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der täglich Obst und/oder Gemüse konsumiert
Gesundheitswirksame Bewegung	» Anteil der österreichischen Bevölkerung ⁷ (18 bis 64 Jahre; in %), der – in einer typischen Woche – für mindestens 150 Minuten körperlich aktiv ist und an zwei oder mehr Tagen der Woche muskelkräftigende Bewegungen durchführt
Gesundheitskompetenz	» Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der – insgesamt sowie in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Gesundheitsförderung und Prävention – über eine ausgezeichnete bis ausreichende Gesundheitskompetenz verfügt
Prävention	
Sturzbedingte Frakturen des Oberschenkelknochens	» Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens: Stationär dokumentierte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (S720.x und S721.x in Haupt- oder Nebendiagnose) pro 100.000 Einwohner/innen im Alter von 60 oder mehr Jahren und 75 oder mehr Jahren
Zahnstatus Sechsjähriger	» Anteil der 6-jährigen Kinder (in %) mit einem kariesfreien Gebiss ($d_{3mft} = 0$)
Tabakkonsum	» Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der täglich raucht
Alkoholkonsum	» Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der in den letzten 12 Monaten an mindestens fünf Tagen pro Woche Alkohol getrunken hat
Adipositas	» Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der – laut Grenzwerten der WHO – als adipös gilt (BMI $\geq 30,00$)
Durchimpfungsraten Kinder***	» Anteil der Kinder (in %), der im empfohlenen Zeitraum gegen die nachstehenden Infektionskrankheiten geimpft wurden: <ul style="list-style-type: none"> » Rotavirus (2 Teilimpfungen; Alter: 2. bis 6. Monat) » Sechsfachimpfung Diphtherie–Tetanus–Pertussis–Polio–HiB–Hepatitis B (3 Teilimpfungen; Alter: 3./5./12. Monat) » Pneumokokken (10-valent; 3 Teilimpfungen; Alter: 3./5./12. Monat) » Masern–Mumps–Röteln (2 Teilimpfungen; Alter: ab 11. Monat)
Gesundheitsförderung und Prävention⁸	
Inzidenz bösartiger Neubildungen (Lunge, Darm, Melanom, Zervix)	» Anzahl bösartiger Neubildungen (Neuerkrankungsfälle) in den Bereichen Lunge, Darm, Melanom, Zervix pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisiert)

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

⁷
Definiert als in Österreich wohnhafte Personen

Fortsetzung Tabelle 4.1 – Seite 2 von 3

Inzidenz Herz- Kreislaufferkrankungen	» AMI-Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisiert) und ischämische Schlaganfälle pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisiert)
Inzidenz Typ-2-Diabetes	» Diabetes-Typ-2-Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisiert)
<i>Inzidenz COPD**</i>	» <i>COPD-Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisiert)</i>
Kuration	
<i>Postoperative Komplikationen*</i>	» <i>Rate der Entlassungen aus Krankenanstalten mit einer Diagnose (Nebdiagnose) definiert als postoperative Komplikation</i>
<i>Schwere oder tödliche Zwischenfälle*</i>	» <i>Rate der unerwünschten Ereignisse, die zu schweren oder tödlichen Zwischenfällen führen können, bei Spitalsaufenthalten auftreten und codiert werden</i>
Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)	» Sterblichkeit unter 75-Jähriger, die in einem funktionierenden Gesundheitssystem durch eine effektive und zeitnahe Versorgung potentiell vermeidbar gewesen wären (siehe Diagnoseliste im Anhang, englisch: Mortality Amenable to Health Care)
Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC aus ZS-G)	» Anzahl stationärer Krankenhausaufenthalte je 100.000 Einwohner/innen mit Diagnosen der ACSC ⁹ Liste
30-Tage Sterblichkeit nach akuten Myokardinfarkt	» Anzahl der AMI-Todesfälle pro 100 Spitalsentlassungen, die bei über 45-Jährigen in einem Kalenderjahr und innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme in einer Krankenanstalt auftreten.
30-Tage Sterblichkeit nach Schlaganfall	» Anzahl der Schlaganfall-Todesfälle pro 100 Spitalsentlassungen, die bei über 45-Jährigen in einem Kalenderjahr und innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme in einer Krankenanstalt auftreten.
Antimikrobielle Resistenzen	» Anteil (in %) von Resistenzen gegenüber antimikrobiellen Substanzen (AMR) an der Risikopopulation
Nosokomiale Infektionen (aus ZS-G)*****	» Anteil (in %) von nosokomialen Infektionen an allen KA-Aufenthalten ¹⁰
Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren	» Anteil der über 70-jährigen Bevölkerung (in %), die in einem Kalenderjahr mindestens mit einem PIM-Medikament (Packung) versorgt wurde
Zufriedenheit mit dem Krankenhaus-Aufenthalt****	» Anteil der Patientinnen/Patienten (in %), die die Frage „Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Krankenhausaufenthalt?“ mit „zufrieden“ (ohne „eher zufrieden“) beantworten

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

8

Die hier angeführten Indikatoren (Inzidenzen) sind den Funktionen Gesundheitsförderung und Prävention gleichermaßen zuzuordnen.

9

Als ACSC werden medizinisch begründete, potenziell vermeidbare stationäre Aufenthalte bezeichnet, die mit einer adäquaten ambulanten Versorgung innerhalb der Gesellschaft vermeidbar gewesen wären. Auf internationaler Ebene liegen keine allgemein anerkannten Standards hinsichtlich einer einheitlichen Definition des Begriffs ACSC vor.

10

„Infektionen, die nach dem zweiten Tag bzw. nach 72 Stunden im Krankenhaus oder auf der Intensivstation auftreten, gelten als nosokomial“ (vgl. http://www.schaffler-verlag.com/gw_artikel_dl/110128.pdf bzw. <http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Antibiotikaresistenz/>)

Fortsetzung Tabelle 4.1 – Seite 3 von 3

Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung****	» Anteil der Patientinnen/Patienten (in %), die die Frage „Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der ärztlichen Behandlung beim Allgemeinmediziner oder Facharzt“ mit „zufrieden“ (ohne „eher zufrieden“) beantworten
Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf	» Anteil der Bevölkerung mit selbst erklärten unerfüllten Behandlungswünschen (medizinische Untersuchung oder Behandlung) in einem Kalenderjahr aufgrund finanzieller Barrieren und/oder Wartezeiten und/oder zu langer Anreisewege
Wartezeiten: Extramural****	» Durchschnittlich angegebene Zeitspanne, die zwischen der Terminvereinbarung und der tatsächlichen Konsultation eines niedergelassenen (Fach-)Arztes liegt**
Wartezeiten: Intramural****	» Durchschnittlich angegebene Zeitspanne, die zwischen dem Erkennen eines in Krankenanstalten zu versorgenden Problems und der tatsächlichen Aufnahme liegt
Langzeitpflege und Palliativversorgung	<i>Empfehlung zur Initiierung eines Expertenprozesses zur Schaffung bundesweiter Datengrundlagen und Indikatoren</i>
Gesamtsystem	
Lebenserwartung	» Anzahl der zu einem bestimmten Lebensalter statistisch erwartbaren Lebensjahre
Gesunde Lebensjahre	» Anzahl der zu einem bestimmten Lebensalter statistisch erwartbaren gesunden Lebensjahre
Selbsteingeschätzter Gesundheitsstatus	» Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstuft
Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen	» Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität (insgesamt und nach Subdimensionen) im Vergleich von chronisch kranken und nicht chronisch kranken Personen
Depression (psychisches Wohlbefinden)	» Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der laut PHQ-8 eine moderate bis schwere depressive Symptomatik aufweist
Vorzeitige Mortalität	» Anzahl der Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen im Alter von unter 70 Jahren (altersstandardisiert)
Verlorene Lebensjahre (PYLL)	» Anzahl der potenziell verlorenen Lebensjahre pro 1.000 Einwohner/innen im Alter von unter 70 Jahren (altersstandardisiert)
Säuglingssterblichkeit	» Anzahl der im ersten Lebensjahr Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen

Kursiv: Derzeit keine Berechnung möglich, Empfehlung zur Schaffung bzw. Harmonisierung von (verbesserten) Datengrundlagen mit unterschiedlicher Priorisierung: *** hohe Priorität, ** mittlere Priorität, * niedrige Priorität
 **** vorbehaltlich Aufnahme in den Fragebogen der sektorenübergreifenden Patientenbefragung und sich daraus ergebener Limitationen
 ***** Indikator wird im Rahmen einer Maßnahme aus dem B-ZV noch näher definiert
 COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
 AMI = Akuter Myokardinfarkt
 MAHC = Mortality Amenable to Health Care (Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit)
 ACSC = Ambulatory Care Sensitive Conditions

Quelle und Darstellung: GÖG

5 Mess- und Vergleichskonzept

Zur Etablierung eines Mess- und Vergleichskonzeptes ist neben den zu beobachtenden Indikatoren auch die Definition des angestrebten Mess- und Vergleichsrahmens von eminenter Bedeutung. Daher werden im Folgenden zentrale Eckpunkte der Messung festgehalten.

Datengrundlagen

Die Konstruktion der Indikatoren erfolgt auf Basis bereits vorhandener Routine- und Erhebungsdaten. Sechs der im Konzept genannten Indikatoren sind derzeit – mangels geeigneter Datengrundlagen – nicht darstellbar. Diesbezüglich wird die Schaffung und Verbesserung entsprechender Datengrundlagen empfohlen.

Untersuchungsraum und Vergleichsländer

Die festgelegten Indikatoren werden primär im europäischen Kontext und soweit erforderlich auch im regionalen Vergleich analysiert. Auf regionaler Ebene werden dabei – soweit die Datenlage dies zulässt – Ergebnisse auf Bundesländerebene dargestellt. Um alters- und geschlechtsspezifische Disparitäten auszugleichen werden ggf. Alters- und Geschlechtsstandardisierungen durchgeführt. Die zugrundeliegende Standardbevölkerung orientiert sich dabei primär an den internationalen Datenquellen (z. B. OECD-Standardbevölkerung). Bei eigenen Berechnungen, die einer Alters- bzw. Geschlechtsstandardisierung bedürfen, wird auf die Europabevölkerung 2013 zurückgegriffen.

Auf europäischer Ebene erfolgt der Vergleich der Indikatoren mit den verfügbaren Werten aus 28 Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU-28-Länder).¹¹ Ebenso dargestellt werden die Staaten der European Free Trade Association (EFTA)¹². Der Vergleich beinhaltet jeweils die Angabe von Durchschnittswerten. Diese sind als ungewichtetes arithmetisches Mittel angegeben, da der Vergleich auf Ebene der Gesundheitssysteme und nicht auf Bevölkerungsebene ansetzt. Zudem werden die Werte – wenn möglich – als standardisierte Raten ausgedrückt. Die Darstellung des Erst- bis zum Letztgereihten erfolgt in Abhängigkeit der Interpretation des Indikators. Die interpretativ positivste Polung im räumlichen Vergleich beginnt jeweils links und verläuft absteigend nach rechts. Sollten für einzelne Länder keine oder aber nur unzureichende Daten zur Verfügung stehen, wird die Durchschnittsberechnung wie auch die Darstellung der Vergleichsländer auf die verfügbaren Länder eingeschränkt.

11

EU-28: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern

12

EFTA: Norwegen, Schweiz, Island, Liechtenstein

Regionale Darstellungen werden zunächst nur für jene Indikatoren angestellt, für die derartige Ergebnisse bereits in publizierter Form vorliegen. Eine Einigung über die regionale Darstellung bisher nicht publizierter Ergebnisse bedarf noch weiterer Abstimmungen zwischen den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit.

Stratifizierung

Die Stratifizierung der dargestellten Größen soll nach Möglichkeit sowohl Geschlechtsspezifika wie auch soziodemografische bzw. sozioökonomische Merkmale berücksichtigen. Wenn sinnvoll und möglich umfassen die Darstellungen jeweils die männliche, die weibliche wie auch die Gesamtpopulation.

Publizität und Intervalle der Berichterstattung

Gemäß den Perioden der Bundes-Zielsteuerungsverträgen sollen Messen bzw. Berichterstattung in einem regelmäßigen Intervall durchgeführt werden. Dies soll erstmals bis Ende 2015 erfolgen. Die Ergebnisse dieser Analysen sollen veröffentlicht werden.

Aktualität der Daten und Trends

Je nach Stand der Datenverfügbarkeit wird zur Messung das jeweils jüngst verfügbare Jahr herangezogen. Sollten für den europäischen Vergleich in einem Vergleichsland zum Berichtsjahr keine Daten zur Verfügung stehen, wird auf ältere Vergleichsjahre zurückgegriffen.

Es wird versucht, je Indikator die zeitliche Entwicklung (Trend) der letzten zehn Jahre darzustellen (Berichtsjahr minus zehn Jahre). Dargestellt wird – wenn sinnvoll und möglich – getrennt nach Geschlecht sowie gesamthaft für beide Geschlechter.

Limitationen und Datenqualität

Allfällige Limitationen hinsichtlich Interpretation bzw. Datengrundlagen werden je Indikator in der Detailanalyse ausgewiesen. Dies betrifft sowohl die Aussagekraft des Indikators als auch etwaige erhebungstechnische Einschränkungen. Sollte sich die Datenqualität in einzelnen Vergleichsräumen als unzureichend erweisen, wird auf ihre Darstellung verzichtet. Ebenso fließen unzureichende Daten nicht in die Berechnung der EU-Durchschnitte ein. Dies wird je Indikator in der Kommentierung (z. B. Legende, Fußnoten) kenntlich gemacht.

Bei Stichprobenerhebungen werden in der Analyse auch Konfidenzintervalle bzw. Signifikanztests berücksichtigt. Gemäß der üblichen internationalen Praxis wird dabei auf ein Konfidenzintervall von 95 % bzw. einer Irrtumswahrscheinlichkeit $< 0,05$ zurückgegriffen.

Umgang mit Zielwerten

Vorschläge für qualitative und/oder quantitative Zielwerte sollen für alle verfügbaren Indikatoren im Rahmen einer empirischen Detailanalyse (Baseline-Bericht) bis Ende des Jahres 2015 vorgelegt werden. Davon ausgenommen sind Zielwerte, die im Zuge der Rahmen-Gesundheitsziele oder im Bundes-Zielsteuerungsvertrag bereits festgelegt wurden:

- » Gesunde Lebensjahre:
 - » Zielwert: 2 gesunde Lebensjahre mehr bis zum Jahr 2032 (aus Rahmen-Gesundheitsziele)
- » Gesundheitskompetenz:
 - » Zielwert: 55 Prozent der Österreicher/innen haben eine ausreichende oder ausgezeichnete Gesundheitskompetenz im Gesamtindex des EU-Health-Literacy-Surveys (allerdings bis 2016)

Die Festlegung quantitativer Zielwerte obliegt weiterführenden Entscheidungen sowie weiterführenden Abstimmungsprozessen innerhalb und zwischen den Kurien. Etwaige Zielwerte sollten auf Basis der vorhandenen Detailanalysen sowie probater Maßnahmenplanungen und -einschätzungen erfolgen. Als relevante Bezugszeiträume dienen dabei die Zielsteuerungsperioden.

6 Conclusio und Ausblick

Das vorliegende konsensuell erarbeitete Mess- und Vergleichskonzept liefert der österreichischen Gesundheitspolitik ein Instrument, das den ersten Schritt in Richtung ergebnisorientierte Systemsteuerung ermöglicht. Das Konzept kann und soll dabei keinen Endpunkt darstellen, sondern ein dynamisches Modell abbilden, das im Zeitverlauf Ergänzungen bzw. Verbesserungen erfahren soll. Ein derartiges Konzept kann weder im Kontext der Indikatoren noch in jenem der Kausalzusammenhänge den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Eine Evaluation des Mess- und Vergleichskonzepts sei deshalb angeregt.

Das Messen von Outcomes und intermediären Outcomes soll Stakeholdern in einem komplexen Gesundheitssystem dabei helfen informierte Entscheidungen zu treffen. Die Messung darf dabei jedoch nicht isoliert betrachtet werden, vielmehr gilt es stets den breiteren Kontext auch über die Systemgrenzen hinaus im Blickfeld zu haben (Smith et al. 2009).

Die vorgesehene Detailanalyse der Indikatoren wird die Tauglichkeit und Umsetzbarkeit des Konzepts prüfen und wesentliche Erkenntnisse zur Weiterentwicklung liefern. Das konsensuelle Erarbeiten eines ausgewogenen Indikatorensets offenbarte zudem entscheidende Lücken in der österreichischen Datenlandschaft und kann daher als Impulsgeber zu deren Verbesserung herangezogen werden.

Ein Gesundheitssystem in seiner Komplexität mit 38 Indikatoren gänzlich abzubilden kann nur näherungsweise gelingen und ist auch nicht Ziel dieses Konzeptes. Vielmehr soll der Blick auf die ausgewählten Ergebnisse bzw. Outcomes mögliche Handlungsfelder offenbaren, die eine tiefergehende Analyse und ggf. Interventionen benötigen.

7 Literatur

- Bauer, Georg; Davies, John Kenneth; Pelikan, Jürgen (2006): The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. In: Health Promotion International Advance Access 21/2:153-159
- Becker, Peter (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Hogrefe, Göttingen
- Beitel, Christoph; Labek, Anna; Dragosits, Aline; Goltz, Andreas; Pfeffer, Nina; Scheuringer, Martin (2013): Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen – Schwerpunkt: Outcomes. Grundlagenbericht I: Theorie, Framework, Übergeordnete Indikatoren. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
- Belgian Health Care Knowledge Centre (2012): Performance of the Belgian Health System – Report 2012.
- Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
- Canadian Institute for Health Information (2013): A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System.
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. In: The Milbank memorial fund quarterly 44/3:166-206
- Doran, G. T. (1981): There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. In: Management Review 70/11 (AMA Forum):35-36
- Gay, Juan G.; Paris, Valerie; Devaux, Marion; de Looper, Michael (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues. OECD Health Working Papers No 55, OECD
- GÖG (Hg.) (2012): Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Wien
- Griebler, R.; Winkler, P.; Anzenberger, J. (2014): Public Health Monitoring Framework. Unveröffentlicht
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. online publication: <http://www.health-literacy.eu>
- Hurrelmann, Klaus; Razum, Oliver (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Aufl., Beltz Juventa, Weinheim und Basel
- Institute of Medicine (2001): Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press, Washington DC

- Bauer, Georg; Davies, John Kenneth; Pelikan, Jürgen (2006): The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. In: Health Promotion International Advance Access 21/2:153–159
- Becker, Peter (2006): Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Hogrefe, Göttingen
- Beitel, Christoph; Labek, Anna; Dragosits, Aline; Goltz, Andreas; Pfeffer, Nina; Scheuringer, Martin (2013): Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen – Schwerpunkt: Outcomes. Grundlagenbericht I: Theorie, Framework, Übergeordnete Indikatoren. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien, Linz
- Belgian Health Care Knowledge Centre (2012): Performance of the Belgian Health System – Report 2012
- Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013): Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung-Gesundheit
- Canadian Institute for Health Information (2013): A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. In: The Milbank memorial fund quarterly 44/3:166–206
- Doran, G. T. (1981): There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. In: Management Review 70/11 (AMA Forum):35–36
- Gay, Juan G.; Paris, Valerie; Devaux, Marion; de Looper, Michael (2011): Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues. OECD Health Working Papers No 55. OECD
- GÖG (Hg.) (2012): Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Wien
- Griebler, R.; Winkler, P.; Anzenberger, J. (2014): Public Health Monitoring Framework. Unveröffentlicht
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, online publication: <http://www.health-literacy.eu>
- Hurrelmann, Klaus; Razum, Oliver (2012): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 5., vollständig überarbeitete Auflage Aufl. Beltz Juventa, Weinheim und Basel
- Institute of Medicine (2001): Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press, Washington DC
- Kelley, Edward; Hurst, Jeremy (2006): Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper. OECD HEALTH WORKING PAPERS. Bd. 23. OECD

- Mann, E.; Bohmdorfer, B.; Fruhwald, T.; Roller-Wirnsberger, R. E.; Dovjak, P.; Duckelmann-Hofer, C.; Fischer, P.; Rabady, S.; Iglseder, B. (2011): Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. In: Wien Klin Wochenschr 2011/1–10
- Nutbeam, Don (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International 15/3:259–267
- Pfaff, Holger (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Gesundheitsversorgung und Disease Management. Hg. v. Pfaff, Holger et al. 1. Aufl. Huber, Bern: 23–13
- Renner, Anna-Theresa; Bachner, Florian; Griebler, Robert; Winkler, Petra (2014): Good-Practice-Beispiele: Outcome-Frameworks im Gesundheitswesen, Wien
- Schubert, Klaus; Klein, Martina (2011): Das Politiklexikon. Begriffe, Fakten, Zusammenhänge. 5. Aufl. Dietz, Bonn
- Smith, Peter C.; Mossialos, Elias; Papanicolas, Irene; Leatherman, Sheila (2009): Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects. Health Economics, Policy and Management. Cambridge University Press, New York
- Stewig, Friederike; Schuchter, Patrick; Domittner, Brigitte; Breyer, Elisabeth (2013): Pflege-Ergebnisqualität, Wien
- Wester, Gert, P.; van den Berg, Michael, J.; Koolman, Xaver.; Verkleij, Harry (2008): Dutch Health Care Performance Report 2008. National Institute for Public Health and Environment
- WHO (1946): Constitution of the World Health Organization, United Nations, City of New York
- WHO (2000): The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. WHO, Genf
- WHO (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Genf
- Wren, John (2007): How to Monitor for Population Health Outcomes: Guidelines for developing a monitoring framework. Occasional Bulletin No. 44. Ministry of Health, Wellington

Anhang

Anhang A Empfohlene Indikatoren zum Mess- und Vergleichskonzept Outcomes
Anhang B..... Indikatorenbeschreibungen
Anhang C Liste der Projektgruppenmitglieder MVK Outcomes mit Kurienzugehörigkeit
Anhang D Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Expertenworkshops

Anhang A Empfohlene Indikatoren zum Mess- und Vergleichskonzept Outcomes

Primäre Zuordnung nach Funktionen und Zielen

Funktion \ Ziele	Gesundheitsförderungs- und -versorgungssystem				Gesamtsystem-Outcomes
	Gesundheitsförderung	Prävention	Kuration	Langzeitpflege und Palliativversorgung	
1. Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und verfrühte Sterblichkeit verringern	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsbedingungen älterer Arbeitnehmer/innen Schulklima Sozialkapital Obst- und Gemüsekonsum Gesundheitswirksame Bewegung 	<ul style="list-style-type: none"> Zahnstatus Sechsjähriger Tabakkonsum Alkoholkonsum Adipositas <i>Durchimpfungsraten Kinder***</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC) 	Empfehlung zur Initiierung eines Expertenprozesses zur Schaffung von bundesweit einheitlichen Datengrundlagen und Indikatoren unter Einbezug des BMASK	alle Funktionsbereiche <ul style="list-style-type: none"> Lebenserwartung Gesunde Lebensjahre Selbsteingeschätzter Gesundheitsstatus Depression (Psychisches Wohlbefinden) Vorzeitige Mortalität Verlorene Lebensjahre (PYLL) Selbsteingeschätzte Lebensqualität von chronisch kranken Personen Säuglingssterblichkeit
2. Lebensqualität von chronisch erkrankten Personen verbessern	<ul style="list-style-type: none"> Inzidenz Herz- Kreislauferkrankungen (AMI, ischämischer Schlaganfall) Inzidenz bösartiger Neubildungen (Lunge, Darm, Melanom, Zervix) Inzidenz Diabetes <i>Inzidenz COPD**</i> 				
3. Qualität sicherstellen			<ul style="list-style-type: none"> ACSC (aus ZS-G) 30-Tage-Sterblichkeit nach AMI und Schlaganfall 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall Nosokomiale Infektionen (aus ZS-G) Antimikrobielle Resistenzen PIM bei Älteren <i>Postoperative Komplikationen*</i> <i>Schwere oder tödliche Zwischenfälle*</i> 		
4. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitskompetenz 				
5. Zugang und Fairness sicherstellen			<ul style="list-style-type: none"> Wartezeiten: Extramural Wartezeiten: Intramural Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf 		
6. Hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen			<ul style="list-style-type: none"> Zufriedenheit mit dem Krankenhaus-Aufenthalt Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung 		
7. Akute Ereignisse vermeiden und behandeln		<ul style="list-style-type: none"> Sturzbedingte Frakturen des Oberschenkelknochens 			

Chancengerechtigkeit sicherstellen (im Sinne einer nach Gerechtigkeitsaspekten differenzierten Auswertung)

grau = dzt. nicht verfügbar, Empfehlung zur Schaffung bzw. Harmonisierung von Datengrundlagen mit unterschiedlicher Priorisierung: *** hohe Priorität, ** mittlere Priorität, * niedrige Priorität

PIM: Potenziell inadäquate Medikation

PYLL: Potential Years of Life Lost

AMI: Akuter Myokardinfarkt

ACSC: Ambulatory Care Sensitive Conditions

AMR: Antimikrobielle Resistenz

MAHC: Mortality Amenable to Health Care

ZS-G: Zielsteuerung-Gesundheit

COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

Anhang B

Indikatorenbeschreibungen

Die Inhalte folgender Tabellen geben die routinemäßig auswertbaren Informationen zu den Indikatoren wieder. Fallweise werden Indikatoren auch nach weiteren sozioökonomischen bzw. soziodemographischen Merkmalen stratifiziert. Bei Befragungsergebnissen werden jeweils nur gültige Antworten in die Berechnungen inkludiert.

Tabelle B.1:
Gesundheitsförderung – Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen

Bezeichnung des Indikators	Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Gesundheitsförderung
Definition	Durchschnittliche Einschätzung der Arbeitsbedingungen durch ältere erwerbstätiger Personen (50–64 Jahre) auf einer Skala von 0 bis 100
Berechnungsmethode	<p>Summenindex aus den relevanten Items (siehe nachstehend) transformiert in einen Wertebereich von 0 bis 100</p> <p><u>Arbeitsanforderungen</u> Meine Arbeit ist körperlich anstrengend. Wegen des hohen Arbeitsaufkommens stehe ich ständig unter Zeitdruck.</p> <p><u>Unterstützung und Anerkennung</u> Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung. Für meine Arbeit erhalte ich die Anerkennung, die ich verdiene. Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/Einkommen für angemessen.</p> <p>Mein Arbeitsplatz ist gefährdet. Die Aufstiegschancen/Chancen für ein berufliches Weiterkommen/Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.</p> <p><u>Mitbestimmungs- und Entwicklungsmöglichkeiten</u> Ich habe kaum die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wie ich meine Arbeit gestalte. Ich habe die Möglichkeit, mir neue Fertigkeiten anzueignen.</p> <p style="text-align: center;">Summe aller Einschätzungen</p> <p style="text-align: center;">Anzahl der befragten erwerbstätigen Personen im Alter von 50 – 64 Jahren</p>
Format	Mittelwert
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Geschlecht • Bildungsabschlüssen • Migrationshintergrund
Datengrundlage und Quelle	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE); Personen im Alter von 50–64 Jahren SHARE-Netzwerk
Aktualität und Periodizität	2004/05, 2006/07, 2008/09, 2010/11, 2012/13

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.2:
Gesundheitsförderung – Schulklima

Bezeichnung des Indikators	Schulklima
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktions-bereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Gesundheitsförderung
Definition	Durchschnittliche Einschätzung des Schulklimas (Summe der 11-, 13- und 15-Jährigen) auf einer Skala von 0 bis 100
Berechnungsmethode	<p>Summenindex aus den relevanten Items (siehe nachstehend) transformiert in einen Wertebereich von 0 bis 100</p> <p><u>Qualität der Schüler-Schüler-Beziehungen</u> Die Schüler in meiner Klasse sind gerne zusammen. Die meisten Schüler in meiner Klasse sind nett und hilfsbereit. Meine Mitschüler akzeptieren mich so wie ich bin.</p> <p><u>Qualität der Lehrer-Schüler-Beziehungen</u> Ich habe das Gefühl, dass meine Lehrer mich akzeptieren, wie ich bin. Ich habe das Gefühl, dass sich meine Lehrer um mich als Person kümmern. Ich habe großes Vertrauen in meine Lehrer.</p> <p style="text-align: center;">SUMME aller Einschätzungen</p> <p>$\frac{\text{SUMME aller Einschätzungen}}{\text{Anzahl der befragten Schülerinnen und Schüler im Alter von 11, 13 und 15 Jahren}}$</p>
Format	Mittelwert
Stratifiziert nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Geschlecht • Familienwohlstand
Datengrundlage und Quelle	Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC); Schüler/innen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren BMG/LBIHPR
Aktualität und Periodizität	2002, 2006, 2010, 2014

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.3:
Gesundheitsförderung – Sozialkapital

Bezeichnung des Indikators	Sozialkapital
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Gesundheitsförderung
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der über ein hohes Ausmaß an sozialer Unterstützung verfügt
Berechnungsmethode	Die soziale Unterstützung wird im ATHIS mit der „Oslo-3-Items-Social-Support Scale“ erfasst (Wertebereich 3 bis 14). Der Gesamtpunktwert wird durch Addition der Einzelfragen errechnet (SS1-3; s. telefonsicher Fragebogen ¹³) und in drei Gruppen unterteilt: Geringes Ausmaß (3 bis 8 Punkte), mittleres Ausmaß (9 bis 11 Punkte), hohes Ausmaß (12 bis 14 Punkte). $\frac{\text{Anzahl der Befragten mit einem hohen Ausmaß an sozialer Unterstützung}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	ATHIS, EHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	2014; alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

¹³

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.4:
Gesundheitsförderung – Obst- und Gemüsekonsum

Bezeichnung des Indikators	Täglicher Obst- und Gemüsekonsum
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Gesundheitsförderung
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der täglich Obst und/oder Gemüse konsumiert
Berechnungsmethode	Kombination der Fragen FV1 und FV3 (s. telefonsicher Fragebogen ¹⁴) $\frac{\text{Anzahl der Befragten mit täglichem Obst – und Gemüsekonsum}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	ATHIS, EHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	2014; alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

14

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.5:
Gesundheitsförderung – Gesundheitswirksame Bewegung

Bezeichnung des Indikators	Gesundheitswirksame Bewegung
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Gesundheitsförderung
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 bis 64 Jahren; in %), der – in einer typischen Woche – für mindestens 150 Minuten körperlich aktiv ist und an zwei oder mehr Tagen der Woche muskelkräftigende Bewegungen durchführt.
Berechnungsmethode	Fragen PE7 P38 PE2 PE4 (s. schriftlicher Fragebogen ¹⁵) Darstellung nach: $\frac{\text{Anzahl der Befragten, die die Bewegungsempfehlungen erfüllen}}{\text{alle Befragten (18 bis 64 Jahre)}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	ATHIS, EHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	2014; alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

¹⁵

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.6:
Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration – Gesundheitskompetenz

Bezeichnung des Indikators	Selbsteingeschätzte Gesundheitskompetenz
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktions-bereiche	Ziel 4: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken Funktionsbereiche: Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der – insgesamt sowie in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Gesundheitsförderung und Prävention – über eine ausgezeichnete bis ausreichende Gesundheitskompetenz verfügt
Berechnungsmethode	Fragenkatalog und Algorithmus s. HLS-EU Report (HLS-EU Consortium 2012) $\frac{\text{Anzahl der Befragten mit einer ausgezeichneten bis ausreichenden Gesundheitskompetenz}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	European Health Literacy Survey (EU-HLS); Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren EU-HLS Konsortium
Aktualität und Periodizität	2011; derzeit einmalig

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.7:

Prävention – Sturzbedingte Frakturen des Oberschenkelknochens

Bezeichnung des Indikators	Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 7: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktionsbereich: Prävention
Definition	Stationär dokumentierte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens pro 100.000 Einwohner/innen im Alter von 60 oder mehr Jahren und 75 oder mehr Jahren
Berechnungsmethode	ICD-10-Codes S720.x und S721.x; in Haupt- oder Nebendiagnose $\frac{\text{Aufenthalte mit sturzbedingten Frakturen im Alter von 60 oder mehr Jahren und 75 +}}{\text{Zielpopulation}} * 100.000$ Altersstandardisiert
Format	Altersstandardisierte Rate (Fälle pro 100.000 EW)
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Staaten (eingeschränkt mit Methodenbruch: international nur auf ICD-10 3-Steller verfügbar)
Datengrundlage und Quelle	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMG
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.8:
Prävention – Zahnstatus Sechsjähriger

Bezeichnung des Indikators	Zahnstatus Sechsjähriger
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktions-bereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Prävention
Definition	Anteil der 6-jährigen Kinder (in %) mit einem kariesfreien Gebiss (d ₃ mft = 0)
Berechnungsmethode	$\frac{\text{Anzahl der Kinder mit einem d3mft – Score} = 0}{\text{alle untersuchten Kinder}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Geschlecht • Bildung der Eltern • Migrationshintergrund
Datengrundlage und Quelle	Zahnstatuserhebung GÖG
Aktualität und Periodizität	2001, 2006, 2011; 5-Jahresintervalle

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.9:
Prävention – Tabakkonsum

Bezeichnung des Indikators	Tabakkonsum
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Prävention
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der täglich raucht Erfasst mit der Frage SK1 (s. telefonsicher Fragebogen ¹⁶)
Berechnungsmethode	$\frac{\text{Anzahl der täglich rauchenden Befragten}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	ATHIS, EHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	2014; alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

¹⁶

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.10:
Prävention – Alkoholkonsum

Bezeichnung des Indikators	Alkoholkonsum
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Prävention
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der in den letzten 12 Monaten an mindestens fünf Tagen pro Woche Alkohol getrunken hat
Berechnungsmethode	Erfasst mit der Frage AL1 (s. telefonsicher Fragebogen ¹⁷) $\frac{\text{Befragte, die an mind. 5 Tagen Alkohol getrunken haben}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	ATHIS, EHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	2014); alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

¹⁷

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.11:
Prävention – Adipositas

Bezeichnung des Indikators	Adipositas (= Body-Maß-Index ≥ 30)
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 1, 2 und 3 Funktionsbereich: Prävention
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der – laut Grenzwerten der WHO – als adipös gilt (BMI $\geq 30,00$)
Berechnungsmethode	BMI = kg/m ² ; Adipositas = BMI $\geq 30,00$ (laut Grenzwerten der WHO; für Personen im Alter von 18 oder mehr Jahren) Gewicht und Größe wurden erhoben mit den Fragen BM1 und BM2 (s. telefonsicher Fragebogen ¹⁸) $\frac{\text{Anzahl der Befragten mit einem BMI } \geq 30 \text{ (20 Jahre oder älter)}}{\text{alle Befagten (15 Jahre oder älter)}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	ATHIS, EHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	2006/2007, 2014; alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

18

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.12:

Gesundheitsförderung und Prävention – Inzidenz bösartige Neubildungen

Bezeichnung des Indikators	Inzidenz bösartiger Neubildungen (Lunge, Darm, Melanom, Zervix)
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 3 Gesundheitsförderung und Prävention
Definition	Anzahl bösartiger Neubildungen (Neuerkrankungsfälle) in den Bereichen Lunge, Darm, Melanom, Zervix pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisiert)
Berechnungsmethode	ICD-10 Codes C33-34, C18-21, C43, C53 $\frac{\text{Anzahl der Neuerkrankungsfälle in einem Kalenderjahr}}{\text{Anzahl der während dieses Zeitraums gefährdeten Personen}} * 100.000$ Altersstandardisiert
Format	Altersstandardisierte Rate (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW) Ggf. Darstellung von 3Jahresdurchschnitten
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Krebsstatistik Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.13:

Gesundheitsförderung und Prävention – Inzidenz Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bezeichnung des Indikators	Inzidenz Herz- Kreislauf-Erkrankungen (Akuter Myokardinfarkt [AMI], Ischämischer Schlaganfall)
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktions-bereiche	Primär Ziel 7 Gesundheitsförderung und Prävention
Definition	AMI-Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisiert) Ischämische Schlaganfälle pro 100.000 Einwohner/innen (altersstandardisiert)
Berechnungsmethode	<p>Zur Schätzung der AMI-Inzidenz (ICD-10 Codes I21, I22) sowie der Schlaganfall-Inzidenz (eingegrenzt auf ischämische Schlaganfälle; ICD-10-Code I63) werden alle stationär aufgenommen Patientinnen und Patienten eines Jahres (für ein bestimmtes Krankheitsbild exkl. der im Krankenhaus verstorbenen Personen) mit der Anzahl der im gleichen Zeitraum dokumentierten Todesfälle (zu eben diesem Krankheitsbild) aufsummiert. Im Falle der Diagnosen- und Leistungsdokumentation wird dabei sowohl auf die Haupt- als auch auf die Nebendiagnosen sowie auf alle Standorttypen exklusive Rehabilitationszentren zurückgegriffen. Da nicht alle Akutkrankenanstalten in der Lage sind die Diagnose G45 „Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome“ korrekt zu stellen, fließen die mit G45 codierte Aufenthalte in die Inzidenzberechnung ischämischer Schlaganfälle ein.</p> <p>Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten dient primär zu Abrechnungszwecken im Rahmen des LKF-Systems. Sie erfasst die Gruppe der stationär aufgenommenen Patientinnen/Patienten (mit Informationen zu Alter, Geschlecht, Wohnort, Haupt- und Nebendiagnosen sowie zu medizinischen Einzelleistungen) und gibt Auskunft über die Anzahl stationärer Aufenthalte. Die Patientinnen/Patienten werden dabei – sofern sie mehrfach aufgenommen wurden – auch mehrmals als Aufenthalt gezählt. Mangels einer persönlichen Identifikation dienen diese Informationen zur näherungsweisen Ermittlung von Patientenzahlen (z. B. differenziert nach Diagnosen, Altersgruppen oder Geschlecht), wobei angenommen wird, dass es sich bei Deckungsgleichheit von Geburtsdatum, Geschlecht, Nationalität und Wohnsitz-PLZ um ein und dieselbe Person handelt; eine Annäherung, die vor allem für eng geführte Beobachtungszeiträume (z. B. Einzeljahre) geeignet erscheint.</p> $\frac{\text{Anzahl Patienten + Verstorbene in einem Kalenderjahr}}{\text{Anzahl der während dieses Zeitraums gefährdeten Personen}} * 100.000$ <p>Altersstandardisiert</p>
Format	Altersstandardisierte Rate (Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW)
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Todesursachenstatistik, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.14:
Gesundheitsförderung und Prävention – Inzidenz Diabetes

Bezeichnung des Indikators	Inzidenz Typ-2-Diabetes
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 3 Gesundheitsförderung und Prävention
Definition	Diabetes-Typ-2-Neuerkrankungsfälle pro 100.000 Einwohner/innen
Berechnungsmethode	<p>Die Diabetes-Typ-2-Inzidenz wird auf Basis von Abrechnungsdaten der SV-Träger ermittelt. Dies erfolgt anhand eines Algorithmus, der sich in der LEICON-Datenbank implementiert findet. Diesem Algorithmus zufolge gelten Personen als Typ-2-Diabetiker/innen, wenn sie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • innerhalb eines Jahres diabetesrelevante Medikamentenverordnungen eingelöst haben (Insulin und/oder orale Antidiabetiker; A10A und A10B) und/oder • vier oder mehr Blutzucker-Bestimmungen zu vier verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres oder • zwei oder mehr HbA1c-Bestimmungen zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb eines Jahres hatten. <p>Bei der ausschließlichen Insulintherapie wird dabei – in Abgrenzung zum Typ-1-Diabetes – auf Personen im Alter von 50 oder mehr Jahren ohne einen stationären E-10-Aufenthalt eingeschränkt (der ICD-10-Code E10 steht dabei für Typ-1-Diabetes).</p> <p>Zur einfachen Ermittlung der Typ-2-Diabetes-Inzidenz kann – unter Berücksichtigung der Sterbefälle – die Differenz der Prävalenzen von zwei aufeinanderfolgenden Jahre ermittelt werden. Bei einer komplexeren Berechnung der Typ-2-Diabetes-Inzidenz müssten noch weiterführende Mindestkriterien definiert werden (z. B. eine zweimalige Verordnung von Medikamenten).</p> $\frac{\text{Anzahl der Neuerkrankungsfälle in einem Kalenderjahr}}{\text{Anzahl der während dieses Zeitraums gefährdeten Personen}} * 100.000$
Format	Neuerkrankungsfälle pro 100.000 EW
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	LEICON NÖGKK
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.15:

Kuration – Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)

Bezeichnung des Indikators	Vorzeitige vom Gesundheitsversorgungssystem potenziell beeinflussbare Sterblichkeit (MAHC)
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 1: Zahl der gesunden Lebensjahre erhöhen und verfrühte Sterblichkeit verringern Funktionsbereich: Kuration
Definition	<p>Vorzeitige Sterblichkeit, die bei rechtzeitiger und effektiver Gesundheitsversorgung nicht eingetroffen wäre je 100.000 Einwohner. Vorzeitig bezieht sich dabei in den meisten Fällen auf ein Alter unter 75 Jahren (Gay et al. 2011).</p> <p>In die Berechnung inkludierte Todesursachen: Infektionskrankheiten: Tuberkulose, Sepsis (Blutvergiftung), Pneumonie (Lungen-entzündung), Influenza (Virusgrippe), Darminfektion (außer Typhus und Diphtherie) bei unter 14-Jährigen, Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten) bei unter 14-Jährigen, Masern bei zwischen 1- und 14-Jährigen; Tumore (Krebs): Kolorektalkarzinom (Dickdarmkrebs), bösartiger Hauttumor, Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und Unterleibskrebs bei unter 45-Jährigen, Hodenkrebs, Hodgkinsche Krankheit (Morbus Hodgkin, Lymphogranulomatose, bösartiger Tumor des Lymphsystems), Leukämie (Blutkrebs) bei unter 45-Jährigen; Endokrine ernährungsbedingte Stoffwechselerkrankungen: Schilddrüsen-Funktionsstörungen (Über- oder Unterfunktion), Diabetes mellitus bei unter 50-Jährigen; Erkrankungen des Nervensystems: Epilepsie; Erkrankungen des Kreislauf-Systems: rheumatische Herz-Erkrankungen, ischämische Herz-Erkrankungen (50 % der Todesfälle); zerebrovaskuläre Herz-Erkrankungen: hypertensive Erkrankungen (Bluthochdruck); Erkrankungen des urogenitalen Systems: Nephritis (Nierenentzündung) und Nephrose, gutartige Prostatahyperplasie (gutartige Prostatavergrößerung); Erkrankungen des Atmungssystems: alle Atemwegserkrankungen (exkl. Influenza und Lungenentzündung) der 1- bis 14-Jährigen; Erkrankungen des Verdauungssystems: Ulkuskrankheit (Magengeschwür), Appendizitis (Blinddarmentzündung), Abdominalhernie (Bauchwandbruch), Gallensteinleiden und Cholezystitis (Gallenblasenentzündung); Perinatalsterblichkeit: Zwischen der 29. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebens-tag, Müttersterblichkeit, Perinatalsterblichkeit (exklusive Totgeburten), angeborene Anomalien des Herz-Kreislauf-Systems; externe Faktoren: Missgeschicke an Patienten/Patientinnen während chirurgischer und medizinischer Behandlung.</p>
Berechnungsmethode	<p>Gesamtzahl der Todesfälle, die nach Nolte und McKee (2008) als „amenable to health care“ eingestuft wurden in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum.</p> $\frac{\text{Verstorbene aufgrund einer dem Gesundheitssystem zurechenbaren Ursache}}{\text{alle Verstorbenen in Region}} * 100.000$ <p>Altersstandardisiert Liste der ICD Codes: http://dx.doi.org/10.1787/5kgj35f9f8s2-en</p>
Format	Rate (Verstorbene pro 100.000 EW)
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Todesursachenstatistik, BMG, WHO, Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.16:
Kuration – Ambulatory Care Sensitive Conditions

Bezeichnung des Indikators	Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 3: Qualität sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte je 1.000 Personen mit Diagnosen der ACSC Liste. Als ACSC werden medizinisch begründete, potenziell vermeidbare stationäre Aufenthalte bezeichnet, die mittels adäquater ambulanter Versorgung innerhalb der Gesellschaft vermeidbar gewesen wären. Auf internationaler Ebene liegen keine allgemein anerkannten Standards hinsichtlich einer einheitlichen Definition des Begriffs ACSC vor. Es wird daher auf die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit erarbeitete Liste zurückgegriffen.
Berechnungsmethode	Summe der stationären KH-Aufenthalte mit Diagnosen der ACSC-Liste bezogen auf 1.000 EW der Wohnbevölkerung einer Region (ohne PSY). $\frac{\text{Anzahl der Krankenhausaufenthalte mit Diagnosen der ACSC – Liste}}{\text{Anzahl der Wohnbevölkerung der Region}} * 1.000$ Altersstandardisiert Als ACSC-Krankheits-Gruppen gelten: Diabetes melitus mit Komplikationen, Hypertonie, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, HNO-Infektionen, Grippe und Pneumonie, Erkrankungen der Atemwege, Asthma, COPD, Emphysem, Dehydratation und Gastroenteritis, Dekubitus und Ulcus der Haut, Osteoporose, Rückenschmerzen
Format	Altersstandardisierte Rate (KH-Aufenthalte je 1.000 EW)
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMG (http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Medizinisch_begrundet_vermeidbare_Aufenthalte), WHO
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.17:
Kuration – 30-Tage-Sterblichkeit nach Schlaganfall

Bezeichnung des Indikators	30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Schlaganfall
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 3: Qualität sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Anzahl von Personen über 45 Jahre pro 100 Spitalsentlassungen, die in einem Kalenderjahr innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme in einer Krankenanstalt an der Hauptdiagnose (HD) Schlaganfall verstirbt (im Zuge desselben Aufenthaltes).
Berechnungsmethode	$\frac{\text{Todesfälle bis 30 Tage nach Aufnahme in einer Krankenanstalt mit HD Schlaganfall (> 45 J.)}}{\text{Anzahl der Krankenhausaufnahmen mit Hauptdiagnose Schlaganfall in Region}} * 100$ <p>ICD-Codes für Schlaganfall: ICD-10: I63-I64; ICD-9: 433, 434, 436</p> <p>Alters- und geschlechtsstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD Standardbevölkerung 2010 (>45 Jahre) Inklusive ausländische Gastpatienten Inklusive 0-Tagesaufenthalte Zielbezogene Auswertung nach Krankenhausstandort</p>
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMG, OECD, Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Jährlich

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.18:
Kuration – 30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt

Bezeichnung des Indikators	30-Tage-Sterblichkeit nach akutem Myokardinfarkt
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 3: Qualität sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Anzahl verstorbener Personen über 45 Jahre pro 100 Spitalsentlassungen, die in einem Kalenderjahr innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme in einer Krankenanstalt an der Hauptdiagnose (HD) akuter Myokardinfarkt (AMI) verstirbt (im Zuge desselben Aufenthaltes).
Berechnungsmethode	$\frac{\text{Todesfälle bis 30 Tage nach Aufnahme in einer Krankenanstalt mit HD AMI (> 45 J.)}}{\text{Anzahl der Krankenhausaufnahmen mit Hauptdiagnose AMI in Region}} * 100$ <p>ICD-Codes für AMI: ICD-10: I21, I22; ICD-9: 410</p> <p>Alters- und geschlechtsstandardisiert nach krankheitsspezifischer OECD Standardbevölkerung 2010 (>45 Jahre) Inklusive ausländische Gastpatienten Inklusive 0-Tagesaufenthalte Zielbezogene Auswertung nach Krankenhausstandort</p>
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten BMG, OECD, Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Jährlich

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.19:
Kuration – Antimikrobielle Resistenzen

Bezeichnung des Indikators	Antimikrobielle Resistenzen (AMR)
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 3: Qualität sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	<p>Im Rahmen der Umsetzung von geplanten Maßnahmen des Operativen Ziels 8.3.1. B-ZV kommt es zu einer bundeseinheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen und AMR. Im Zuge dessen werden weitere Präzisierungen vorgenommen, die nach Vorliegen im MVK Berücksichtigung finden.</p> <p>Prozentualer Anteil von Resistenzen gegenüber antimikrobiellen Substanzen (AMR) (Punktprävalenz von Resistenzen gegenüber antimikrobiellen Substanzen).</p>
Berechnungsmethode	$\frac{\text{Anzahl AMR}}{\text{Risikopopulation}} * 100.000$ <p>Vorbehaltlich allfälliger Präzisierungen im Rahmen der Umsetzung</p>
Format	Altersstandardisierte Rate (Fälle pro 100.000 Aufenthalte)
Stratifizierbar nach	Wird im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit (Op. Ziel 8.3.1.) erarbeitet.
Datengrundlage und Quelle	Wird im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit (Op. Ziel 8.3.1.) erarbeitet.
Aktualität und Periodizität	Wird im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit (Op. Ziel 8.3.1.) erarbeitet.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.20:
Kuration – Nosokomiale Infektionen

Bezeichnung des Indikators	Nosokomiale Infektionen
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 3: Qualität sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	<p>Im Rahmen der Umsetzung von geplanten Maßnahmen des Operativen Ziels 8.3.1. B-ZV kommt es zu einer bundeseinheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen und AMR. Im Zuge dessen werden weitere Präzisierungen vorgenommen, die nach Vorliegen im MVK Berücksichtigung finden.</p> <p>Prozentualer Anteil von nosokomialen Infektionen (Punktprävalenz der nosokomialen Infektionen) an Krankenhausaufenthalten.</p> <p>Infektionen, die nach dem zweiten Tag bzw. nach 72 Stunden im Krankenhaus oder auf der Intensivstation auftreten, gelten als nosokomial.</p>
Berechnungsmethode	$\frac{\text{Anzahl nosokomialer Infektionen/AMR}}{\text{Alle Aufenthalte}} * 100.000$ <p>Vorbehaltlich allfälliger Präzisierungen im Rahmen der Umsetzung</p>
Format	Altersstandardisierte Rate (Fälle pro 100.000 Aufenthalte)
Stratifizierbar nach	Wird im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit (Op. Ziel 8.3.1.) erarbeitet.
Datengrundlage und Quelle	Wird im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit (Op. Ziel 8.3.1.) erarbeitet.
Aktualität und Periodizität	Wird im Zuge der Zielsteuerung-Gesundheit (Op. Ziel 8.3.1.) erarbeitet.

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.21:
Kuration – Potentiell inadäquate Medikation von Älteren

Bezeichnung des Indikators	Potentiell inadäquate Medikation (PIM) bei Älteren
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 3: Qualität sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Anteil der ab 70-jährigen Bevölkerung, der mit mindestens einem PIM-Medikament (Packung) in einem Kalenderjahr versorgt wird.
Berechnungsmethode	$\frac{\text{Anzahl der ab 70-jährigen Anspruchsberechtigten mit mindestens einer PIM}}{\text{Anzahl der ab 70-jährigen Anspruchsberechtigten}} * 100$ Detaillierte Liste der Arzneimittel: http://link.springer.com/article/10.1007/s00508-011-0061-5
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Bundesländern • Geschlecht • Alter
Datengrundlage und Quelle	Folgekostenanalyse (Mann et al. 2011)
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.22:

Kuration – Zufriedenheit mit ambulanter ärztlicher Behandlung

Bezeichnung des Indikators	Zufriedenheit mit der ambulanten ärztlichen Behandlung
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktions-bereiche	Ziel 6: Hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Anteil der zufriedenen Patienten, der nach einem Krankenhausaufenthalt extramural weiterbetreut wird, mit der ambulanten (niedergelassenen) ärztlichen Behandlung.
Berechnungsmethode	<p>Anteil der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, der die Frage „Wie zufrieden waren Sie mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ihrem Besuch in der Arztpraxis • der Information und Aufklärung • der ärztlichen Betreuung • der Wartezeit in der Ordination <p>mit „zufrieden“ beantworten.</p> $\frac{\text{Anzahl der zufriedenen Patienten}}{\text{Befragte gesamt}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Private Zusatzversicherung ja/nein • Bildung
Datengrundlage und Quelle	Sektorenübergreifende Patientenbefragung BMG, GÖG
Aktualität und Periodizität	Verfügbar für 2010, 2015

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.23:
Kuration – Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt

Bezeichnung des Indikators	Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 6: Hohe Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Anteil der zufriedenen Patienten, der mindestens eine Nacht in einer Krankenanstalt verbracht hat, mit dem Krankenhausaufenthalt.
Berechnungsmethode	<p>Anteil der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, die die Frage „Wie zufrieden waren Sie mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dem Aufenthalt im Krankenhaus • der Information und Aufklärung • der medizinischen Behandlung • der pflegerischen Betreuung • den Wartezeiten <p>mit „zufrieden“ beantworten.</p> $\frac{\text{Anzahl der zufriedenen Patienten}}{\text{Befragte gesamt}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Geplanter/ungeplanter Eingriff • Operation/konservative Therapie • Private Zusatzversicherung ja/nein • Bildung
Datengrundlage und Quelle	Sektorenübergreifende Patientenbefragung BMG, GÖG
Aktualität und Periodizität	Verfügbar für 2010, 2015

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.24:
Kuration – Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf

Bezeichnung des Indikators	Unerfüllter medizinischer Behandlungsbedarf
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 5: Zugang und Fairness sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Anteil der Bevölkerung mit selbst erklärten unerfüllten Behandlungswünschen (medizinische Untersuchung oder Behandlung) in einem Kalenderjahr aufgrund finanzieller Barrieren und/oder Wartezeiten und/oder zu langer Anreisewege.
Berechnungsmethode	<p>Anteil der Befragten, der die Frage „Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten für sich selbst ein- oder mehrmals eine sonstige medizinische Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt?“ mit „Ja, habe eine benötigt aber nicht in Anspruch genommen“ beantwortet hat (Frage: P107000) und die in der folgenden Frage: „Was war für Sie der wichtigste Grund, die Untersuchung bzw. Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?“ eine der folgenden Antwortmöglichkeiten gewählt haben: Finanzielle Gründe, zu lange Warteliste oder Wartezeiten, Erreichbarkeit nicht gegeben (Frage: P107000).</p> $\frac{\text{Anzahl der Personen mit mindestens einem unerfüllten Behandlungswunsch}}{\text{Befragte gesamt}} * 100$ <p>Durch die Berechnung von Durchschnitten einer Zeitreihe von jeweils 3 Jahren lässt sich der Indikator ebenfalls auf Bundesländerebene darstellen.</p> <p>Detailerläuterungen s. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/DE/tsdph270_esmsip.htm</p>
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländer (3-Jahresdurchschnitte) • Alter • Geschlecht • Einkommen
Datengrundlage und Quelle	EU-SILC Eurostat
Aktualität und Periodizität	Jährlich

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.25:
Kuration – Wartezeiten: Intramural

Bezeichnung des Indikators	Wartezeiten: Intramural Wartezeit von der Diagnose durch einen Allgemeinmediziner/Facharzt bis zur Hospitalisierung
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 5: Zugang und Fairness sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Wartezeit in Tagen/Wochen vom Stellen der Diagnose, die eine Hospitalisierung mit mindestens einer Nächtigung (ein Belagstag) bedingt, bis zur tatsächlichen Hospitalisierung.
Berechnungsmethode	Wartezeit in Tagen/Wochen der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, die die Frage „Nachdem Ihnen Ihr Hausarzt/Facharzt gesagt hat, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig ist, wie lange hat es dann noch bis zur tatsächlichen Aufnahme ins Krankenhaus gedauert?“ beantwortet haben.
Format	Tage/Wochen
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Akutes Ereignis/Notfall/geplante Behandlung/geplante Operation
Datengrundlage und Quelle	Sektorenübergreifende Patientenbefragung BMG, GÖG
Aktualität und Periodizität	Erstmalig 2015

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.26:

Kuration – Wartezeiten: Extramural

Bezeichnung des Indikators	Wartezeiten: Extramural Wartezeit auf einen Termin bei einem Allgemeinmediziner/Facharzt
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Ziel 5: Zugang und Fairness sicherstellen Funktionsbereich: Kuration
Definition	Wartezeit in Tagen/Wochen auf einen Termin bei einem Allgemeinmediziner/Facharzt, der im Anschluss zu einer Hospitalisierung (mind. 1 Belagstag) geführt hat.
Berechnungsmethode	Wartezeit in Tagen/Wochen der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, die die Frage „Als Sie mit dem gesundheitlichen Problem, das den Krankenhausaufenthalt notwendig machte, zum Hausarzt/Facharzt gingen, wie lang war die Wartezeit bis zur tatsächlichen KH-Aufnahme nach ärztlicher Feststellung?“ beantwortet haben.
Format	Tage/Wochen
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Bundesländern • Allgemeinmediziner/Facharzt • Alter • Geschlecht • Akutes Ereignis/Notfall/geplante Behandlung/geplante Operation
Datengrundlage und Quelle	Sektorenübergreifende Patientenbefragung BMG, GÖG
Aktualität und Periodizität	Erstmalig 2015

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.27:
Gesamtsystem – Lebenserwartung

Bezeichnung des Indikators	Lebenserwartung
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 1 Gesamtsystem-Outcomes
Definition	Anzahl der zu einem bestimmten Lebensalter statistisch erwartbaren Lebensjahre
Berechnungsmethode	<p>Die „Lebenserwartung bei der Geburt“ errechnet sich aus der durchschnittlichen Lebenserwartung aller Alterskohorten und gibt Auskunft über die Anzahl der Lebensjahre, die ein Neugeborenes zu erwarten hat, wenn sich die Sterberaten des Geburtsjahres im Laufe seines Lebens nicht mehr verändern. Die fernere Lebenserwartung – z. B. im Alter von 25 oder 65 Jahren (LE 25 bzw. LE 65) – gibt Auskunft darüber, wie lange ein heute 25- bzw. 65-Jähriger durchschnittlich noch leben würde.</p> <p>Lebenserwartungen werden mit (verkürzten) Lebenstabellen (altersspezifischen Mortalitätsraten) kalkuliert. Ihre Berechnung basiert auf Todeswahrscheinlichkeiten entsprechend Farrs Todesraten-Methode: $q_x = \frac{M_x}{(B_x + M_x/2)}$</p> <p>$M_x$ = Anzahl der Todesfälle zum Zeitpunkt x bis unter x+1 im Berichtszeitraum</p> <p>B_x = Durchschnittsbevölkerung im Alter von x bis unter x+1 im Bezugszeitraum</p> <p>q_x = Todeswahrscheinlichkeit im Alter von x bis x+1</p> <p>Die Berechnungsmethode nach Farr geht davon aus, dass die Mortalität innerhalb der Altersgruppen konstant ist. Dementsprechend ist das Leben einer Person, die in einer Altersgruppe stirbt (durchschnittlich) halb so lang wie das der Altersgruppe selbst.</p>
Format	Jahre
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Sterbetafeln Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.28:
Gesamtsystem – Gesunde Lebensjahre

Bezeichnung des Indikators	Gesunde Lebensjahre
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 1 Gesamtsystem-Outcomes
Definition	Anzahl der zu einem bestimmten Lebensalter statistisch erwartbaren gesunden Lebensjahre
Berechnungsmethode	<p>Der Indikator „Lebenserwartung in Gesundheit“ beschreibt die Anzahl der Lebensjahre, die voraussichtlich in guter Gesundheit verbracht werden. Er wird aus einer Kombination aus Sterberaten und Befragungsergebnissen errechnet und steht – je nach Berechnungsmethode und Datengrundlage – in unterschiedlichen Varianten zur Verfügung. Diese unterscheiden sich</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach den zugrunde gelegten Befragungsdaten (AT)HIS oder EU-SILC), • nach der konkreten Frage, die zur Operationalisierung der „guten Gesundheit“ herangezogen wird (allgemeiner Gesundheitszustand, chronische Krankheiten oder funktionale Einschränkungen) und • nach der Zusammenfassung der Antwortkategorien (sehr guter / guter Gesundheitszustand oder sehr guter bis mittelmäßiger Gesundheitszustand). <p>Regionale Vergleiche werden auf Basis des ATHIS-Indikators (auf Basis des selbst eingeschätzten Gesundheitszustands [sehr gut oder gut]) berechnet; internationale Vergleiche auf Basis des Eurostat-Indikators (beschwerdefreie Lebenserwartung genannt). Er basiert auf selbstberichteten Angaben zu funktionalen Einschränkungen, die der EU-SILC entstammen. Zukünftig – so kann angenommen werden – werden auch Vergleiche auf Basis des EHIS möglich sein.</p> <p>Lebenserwartung – Anzahl der Lebensjahre in "schlechter Gesundheit"</p>
Format	Jahre
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	Sterbetafeln in Verbindung mit ATHIS oder EU-SILC Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	In Abhängigkeit von ATHIS und EU-SILC verfügbar ATHIS: 2006/2007, 2014; alle 5 Jahre EU-SILC: ab 2004

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.29:
Gesamtsystem – Selbsteingeschätzter Gesundheitsstatus

Bezeichnung des Indikators	Selbsteingeschätzter Gesundheitsstatus
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 1 Gesamtsystem-Outcomes
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstuft
Berechnungsmethode	Erfasst mit der Frage HS1 (s. telefonischer Fragebogen ¹⁹) $\frac{\text{Anzahl der Befragten, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozente
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	ATHIS, EHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	2006/2007, 2014; alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

¹⁹

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.30:

Gesamtsystem – Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen

Bezeichnung des Indikators	Selbsteingeschätzte Lebensqualität chronisch kranker Personen
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 2 Gesamtsystem-Outcomes
Definition	Durchschnittliche Einschätzung der Lebensqualität (insgesamt und nach Subdimensionen) im Vergleich von chronisch kranken und nicht chronisch kranken Personen
Berechnungsmethode	<p>Die Lebensqualität wird im ATHIS mit dem WHOQOL-BREF erfasst (s. schriftlichen Fragebogen²⁰: LQ1 bis 26). Es handelt sich um ein interkulturell vergleichbares Befragungsinstrument, das aus insgesamt 26 Items besteht und – neben einem Gesamtwert – Kennzahlen zur körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Lebensqualität bereitstellt (Wertebereich 0 bis 100). Die einzelnen Summenscores errechnen sich nach spezifischen Algorithmen, die dem Manual entnommen werden können.</p> <p>$\frac{\text{SUMME aller Einschätzungen zur selbsteingeschätzten Lebensqualität}}{\text{alle Befragten}}$</p> <p>Die Vergleichsgruppen werden auf Basis einer allgemeinen Frage zu dauerhaften bzw. chronischen Gesundheitsproblemen bestimmt (HS2).</p>
Format	Mittelwert
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüsse
Datengrundlage und Quelle	ATHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	2006/2007, 2014; alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

20

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.31:
Gesamtsystem – Depression (Psychisches Wohlbefinden)

Bezeichnung des Indikators	Depression (Psychisches Wohlbefinden)
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 1 Gesamtsystem-Outcomes
Definition	Anteil der österreichischen Bevölkerung (15 Jahre oder älter; in %), der laut PHQ-8 eine moderate bis schwere depressive Symptomatik aufweist Das Ausmaß depressiver Symptomatiken wird im ATHIS auf Basis des PHQ-8 erfasst (s. telefonsicher Fragebogen ²¹ : MH1). Es handelt sich um ein geprüfetes Befragungsinstrument, das aus 8 Items besteht, die zu einem Gesamtscore aufsummiert werden (Wertebereich 0 bis 24). Befragte können dementsprechend wie folgt klassifiziert werden:
Berechnungsmethode	<ul style="list-style-type: none"> • Keine bis minimale depressive Symptomatik (0 bis 4 Punkte) • Milde depressive Symptomatik (5 bis 9 Punkte) • Moderate depressive Symptomatik (10 bis 14 Punkte) • Moderat schwere depressive Symptomatik (15 bis 19 Punkte) • Schwere depressive Symptomatik (20 bis 24 Punkte) $\frac{\text{Anzahl der Befragten, die eine moderate bis schwere depressive Symptomatik aufweisen}}{\text{alle Befragten}} * 100$
Format	Prozent e
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Erhebungsjahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	ATHIS, EHIS; Personen im Alter von 15 oder mehr Jahren Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	2014; alle 5 Jahre

Quelle und Darstellung: GÖG

21

http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index9

Tabelle B.32:
Gesamtsystem – Vorzeitige Mortalität

Bezeichnung des Indikators	Vorzeitige Mortalität
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 1 Gesamtsystem-Outcomes
Definition	Anzahl der Todesfälle pro 100.000 Einwohner/innen im Alter von unter 70 Jahren (altersstandardisiert)
Berechnungsmethode	<p>Die vorzeitige Sterblichkeit gibt Auskunft über die Anzahl der Todesfälle, die sich vor dem 70. Lebensjahr ereignen. Sie gelten als vorzeitig und in vielen Fällen als vermeidbar. Die Sterblichkeit wird – altersstandardisiert – pro 100.000 Einwohner/innen (EW) ausgedrückt, da dadurch Vergleiche zwischen Regionen, im Trend und hinsichtlich unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen möglich werden.</p> $\frac{\text{Anzahl der Verstorbenen unter 70 Jahren}}{\text{Bevölkerung in Region}} * 100.000$ <p>Altersstandardisiert</p>
Format	Altersstandardisierte Rate (Verstorbene pro 100.000 EW dieser Altersgruppe)
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Alter • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Sterbetafeln Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.33:
Gesamtsystem – Verlorene Lebensjahre (PYLL)

Bezeichnung des Indikators	Verlorene Lebensjahre (PYLL)
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 1 Gesamtsystem-Outcomes
Definition	Anzahl der potenziell verlorenen Lebensjahre pro 1.000 Einwohner/innen im Alter von unter 70 Jahren (altersstandardisiert)
Berechnungsmethode	<p>Die Berechnung des Indikators erfolgt durch das Aufsummieren von Todesfällen jeden Alters und anschließender Multiplikation mit der Anzahl verbleibender Lebensjahre gemessen an der definierten Altersgrenze von 70 Jahren. Der Indikator wird für das jeweilige Land i und das jeweilige Jahr t berechnet:</p> $PYLL_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a) \left(\frac{d_{at}}{Pat} \right) \left(\frac{P_a}{P_n} \right) * 1.000$ <p>a = Alter l = Altersgrenze von 70 Jahren dat = Anzahl an Todesfällen im Alter von a pat = Anzahl an Personen im Alter von a im Land i zur Zeit t Pa = Anzahl an Personen im Alter von a in der Vergleichsgruppe Pn = Anzahl an Personen in der Vergleichsgruppe gesamt</p> <p>Altersstandardisiert</p>
Format	Altersstandardisierte Rate (Jahre pro 1.000 EW dieser Altersgruppe)
Stratifizierbar nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Geschlecht
Datengrundlage und Quelle	Sterbetafeln Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Tabelle B.34:
Gesamtsystem – Säuglingssterblichkeit

Bezeichnung des Indikators	Säuglingssterblichkeit
Verortung im Framework hinsichtlich Ziel- und Funktionsbereiche	Primär Ziel 3 Gesamtsystem-Outcomes
Definition	Anzahl der im ersten Lebensjahr Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen
Berechnungsmethode	Die Säuglingssterblichkeit ist definiert als die Zahl der im ersten Lebensjahr Verstorbenen pro 1.000 Lebendgeborenen. $\frac{\text{Anzahl der Todesfälle unter Säuglingen}}{\text{Anzahl der Säuglinge gesamt}} * 1.000 \text{ Lebendgeborenen}$
Format	Rate (Verstorbene pro 1.000 Lebendgeborenen)
Stratifiziert nach	<ul style="list-style-type: none"> • Jahren • Staaten • Bundesländern • Bildungsabschlüssen
Datengrundlage und Quelle	Sterbetafeln Statistik Austria, Eurostat
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar

Quelle und Darstellung: GÖG

Anhang C

Liste der Projektgruppenmitglieder

Name	Kurie
Projektgruppe Mess- und Vergleichskonzept Outcomes (Funktionsperiode 2014)	
Dr. Elisabeth Oberleitner, MPH	Land – Kärnten (Ersatzmitglied für Leitsberger)
Mag. Elisabeth Freynschlag	Land – Niederösterreich
Mag. Kristina Hametner	Land – Wien
Dr. Christof Leitsberger	Land – Kärnten
Mag. Nina Pfeffer	Sozialversicherung – Hauptverband der österr. Sozialversicherung (karenziert)
Mag. Aline Dragosits	Sozialversicherung – Hauptverband der österr. Sozialversicherung (Ersatzmitglied für Pfeffer)
Mag. Stefan Spitzbart, MPH	Sozialversicherung – Hauptverband der österr. Sozialversicherung
DI Mag. Alfred Mair, MPH	Sozialversicherung – Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Mag. Beate Atzler, MPH	Sozialversicherung – Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
Mag. Gerhard Ladengruber	Sozialversicherung – Wiener Gebietskrankenkasse (Ersatzmitglied)
Mag. Christoph Beitel	Sozialversicherung – Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (Ersatzmitglied)
Mag. Martin Scheuringer	Sozialversicherung – Hauptverband der österr. Sozialversicherung (Ersatzmitglied)
Dr. Magdalena Arrouas	Bund – Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Judith delle Grazie	Bund – Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Ulrike Schermann-Richter	Bund – Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Ilana Ventura	Bund – Bundesministerium für Gesundheit (karenziert)
Dr. Flora Haderer	Bund – Bundesministerium für Gesundheit (Ersatzmitglied für Ventura)
Projektgruppe Outcome-Messung im Gesundheitswesen (Funktionsperiode 2015)	
Mag. Elisabeth Freynschlag	Land – Niederösterreich
Dr. Christof Leitsberger	Land – Kärnten
Dr. Otto Rafetseder	Land – Wien
Dr. Andreas Mischak, MPH	Land – Vorarlberg
Mag. Aline Dragosits	Sozialversicherung – Hauptverband der österr. Sozialversicherung
Mag. Stefan Spitzbart, MPH	Sozialversicherung – Hauptverband der österr. Sozialversicherung
DI Mag. Alfred Mair, MPH	Sozialversicherung – Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (karenziert)
Mag. Christoph Beitel	Sozialversicherung – Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Mag. Beate Atzler, MPH	Sozialversicherung – Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
Mag. Barbara Kraus-Neidhart	Sozialversicherung – Sozialversicherungsanstalt der Bauern
Hermann Schmied, MPH	Sozialversicherung – Wiener Gebietskrankenkasse
Dr. Magdalena Arrouas	Bund – Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Judith delle Grazie	Bund – Bundesministerium für Gesundheit (karenziert)
Dr. Johanna Geyer	Bund – Bundesministerium für Gesundheit
Dr. Ulrike Schermann-Richter	Bund – Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Johannes Schimmerl	Bund – Bundesministerium für Gesundheit

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Anhang D

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Expertenworkshops

Name	Institution/Unternehmen
Dr. Magdalena Arrouas	Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Beate Atzler	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
Mag. Florian Bachner	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Christoph Beitel	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
DI Ines Czasny	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Judith delle Grazie	Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Aline Dragosits	Hauptverband der österr. Sozialversicherung
Dr. Karin Eglau, MPH	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Elisabeth Freynschlag	Niederösterreichischer Gesundheits- u. Sozialfonds
Dr. Gerhard Fülöp	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Robert Griebler	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Kristina Hametner	Stadt Wien – Wiener Gesundheitsförderung
DI Anton Hlava	Gesundheit Österreich GmbH
Eva Maria Kernstock, MPH	Gesundheit Österreich GmbH
Dr. Johann Kerschbaum	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Jeannette Klimont	Statistik Austria
DI Andreas Kvas	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
Mag. Gerhard Ladengruber	Wiener Gebietskrankenkasse
DI Mag. Alfred Mair, MPH	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Dr. Elisabeth Oberleitner	Landessanitätsdirektion Kärnten
Mag. Anna Renner	Gesundheit Österreich GmbH
Dr. Ulrike Schermann-Richter	Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Martin Scheuringer	Hauptverband der österr. Sozialversicherung
Mag. Johannes Schimmerl	Bundesministerium für Gesundheit
Mag. Stefan Spitzbart, MPH	Hauptverband der österr. Sozialversicherung
Mag. Friederike Stewig	Gesundheit Österreich GmbH
Mag. Ilana Ventura, MSc	Bundesministerium für Gesundheit
DI Petra Winkler	Gesundheit Österreich GmbH