

Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen

Schwerpunkt: Outcomes

Grundlagenbericht I

Theorie, Framework, Übergeordnete Indikatoren

Autorinnen und Autoren

Beitel Christoph

Labek Anna

OÖGKK – Forum Gesundheit

Behandlungsökonomie

Dragosits Aline

Goltz Andreas

Pfeffer Nina

Scheuringer Martin

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung

Gesundheitsökonomie

Gendergerechte Formulierungen

Die Autorinnen und Autoren haben versucht, konsequent sowohl die weibliche als auch die männliche Bezeichnung zu verwenden, wenn Frauen und Männer gemeint sind.

Dank an die Expertinnen und Experten

Das Projektteam bedankt sich an dieser Stelle bei mehreren Expertinnen und Experten verschiedener Sozialversicherungsträger und der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).

Sie haben durch kritische Anmerkungen und Ergänzungsvorschläge zur Entwicklung des Frameworks beigetragen. Die SV-internen Expertinnen und Experten waren an der gemeinsamen Bewertung der Indikatoren im Rahmen eines zweitägigen Arbeitstreffens beteiligt und haben den vorliegenden Bericht durch konstruktive Stellungnahmen ergänzt. Die separate Indikatorenbewertung durch die Expertinnen und Experten der GÖG anhand derselben Kriterien diente der zusätzlichen externen Qualitätssicherung der konkreten Ergebnisse.

Durch diesen Einsatz wurde das Projekt methodisch wesentlich abgesichert und das Zustandekommen des vorliegenden Grundlagenberichts ermöglicht.

Unser Dank geht namentlich an:

Expertinnen und Experten der SV-Träger

Carolin Amann (VGKK), Katharina Hintringer (TGKK), Robert Hoge (AUVA), Andreas Kvas (VAEB), Gerhard Ladengruber (WGKK), Gernot Leipold (STGKK), Robert Lill (SGKK), Martin Robausch (NÖGKK), Christian Ruh (NÖGKK), Klaudia Sandholzer (WGKK) und die Kollegen der BGKK und der SVB

Expertinnen und Experten der GÖG

Florian Bachner, Ines Czasny, Gerhard Fülöp und Sonja Neubauer

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract.....	5
2	Einleitung	7
3	Grundlegende Begriffe und Definitionen.....	10
3.1	Was wird gemessen?	10
3.2	Wie wird gemessen?	13
3.3	Wie wird das Messinstrument verwendet?	18
4	Ziele von Performancemessung.....	19
4.1	Hintergrund und inhaltliche Orientierung	19
4.2	Kurzfristige Ziele - 2013	19
4.3	Mittelfristige Ziele - 2014	20
4.4	Langfristige Ziele - 2020.....	20
4.5	Keine Ziele der Performancemessung der SV.....	20
5	Herausforderungen	21
5.1	Beeinflussende Faktoren.....	21
5.2	Good Practice der Performancemessung.....	23
5.3	Conclusio	25
6	Vorgehen und Methodik	26
6.1	Projektfahrplan.....	26
6.2	Bewertungsschema für Indikatoren	27
7	Ergebnisse	32
7.1	Beschreibung des Frameworks	32
7.2	Framework – Übersicht ohne Indikatoren	34
7.3	Indikatoren zur Bewertung.....	35
7.4	Ergebnisse der Indikatorenbewertung - Übergeordnete Indikatoren.....	35
7.5	Konkrete Ergebnisse – Framework und übergeordnete Outcome-Indikatoren.....	38
8	Zusammenfassung und Empfehlungen	41
8.1	Empfehlungen für einzelne Indikatoren	41
8.2	Vereinfachtes Framework mit empfohlenen Indikatoren	42
9	Weitere Schritte.....	43

Anhang:

Indikatorenbeschreibung	S 44
Literaturübersicht	S 89

1 Abstract

1.1 Ziel

Das Ziel des vorliegenden Berichts ist die fundierte Empfehlung einer konkreten Auswahl an übergeordneten Indikatoren zur Messung der Performance des österreichischen Gesundheitssystems mit Schwerpunkt auf Outcomeorientierung aus der Perspektive der Bevölkerung.

1.2 Theorie

Der Begriff Performance umschreibt ein komplexes Thema und Performancemessung stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Sorgfältige theoretische Vorarbeiten sind dafür unumgänglich. Es gilt festzulegen, was beobachtet werden soll und in welcher Weise dies mit den geringsten Messfehlern gelingen kann.

1.2.1 Was

Performance ist die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, die anhand der Erreichung von Zielen¹ und der Einhaltung von Werten zu bestimmen ist.

1.2.2 Wie

Zur Messung komplexer Ziele ist die Empirie zu detailliert und ihre einzelnen Daten sind untereinander zu verstrickt. Das Gesundheitssystem muss in mehrere konkrete Bereiche untergliedert werden, damit seinen Aufgaben Messwerte zur Überprüfung der Zielerreichung (Indikatoren) zugeordnet werden können. Dazu wurde ein Framework entwickelt. Die Messergebnisse können Unterschiede zwischen Vergleichsländern² und Unterschiede im Zeitverlauf beleuchten, die als Anlass zur Ursachenforschung herangezogen werden sollen.

1.3 Bewertung der Indikatoren

Aus der internationalen Fachliteratur und den rahmenbildenden Aspekten des österreichischen Gesundheitswesens wurden potenzielle Indikatoren gesammelt und einem Auswahlprozess unterzogen.

¹ Lange leben bei guter Gesundheit, soziale Sicherheit und Chancengleichheit, Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten, gute Qualität

² Indikatorenbenchmark, best practice

1.3.1 Bewertungsschema

Ein Schema, das inhaltliche und datentechnische Gütekriterien abfragt, wurde nach den Empfehlungen der Fachliteratur entwickelt und in Form einer adaptierten Delphi-Methode eingesetzt.

1.3.2 Kollegiale Durchführung der Bewertung

Dabei wurden SV-Trägerexpertinnen und –experten gebeten, die vorgeschlagenen Indikatoren in einem zweitägigen Arbeitstreffen im Gruppenkonsens anhand der einheitlichen Gütekriterien zu bewerten.

1.4 Ergebnis

Die im Rahmen des Projekts definierten sieben Bereiche des Gesundheitssystems mit Fokus sowohl auf Gesundheitsförderung und Prävention als auch auf Krankenbehandlung bilden ein Framework für die Messung der Outcomes. Das konkrete Ergebnis sind 23 empfohlene übergeordnete Indikatoren im Framework.

1.5 Herausforderungen

Die Ergebnisse der Performancemessung - dargestellt in Form der übergeordneten Outcome-Indikatoren - liefern Hinweise zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Eine finale Bewertung ist nicht möglich. Ursachenforschung auf regionaler Ebene ist nötig, um Messergebnisse sinnvoll interpretieren zu können. Performancemessung macht nur als langfristiges Projekt Sinn, das sich Systemveränderungen anpasst.

2 Einleitung

An mehreren Stellen im österreichischen Gesundheitssystem wird derzeit intensiv zum Thema Performancemessung, Outcomes- bzw. Versorgungsforschung gearbeitet. Besonderen Ansehens erfuhr das Thema Performancemessung in Österreich in letzter Zeit durch den im Sommer 2013 vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung unterzeichneten Bundes-Zielsteuerungsvertrag (Artikel 8: Steuerungsbereich Ergebnisorientierung) und die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele (2012)³.

Für Definitionen der grundlegenden Begriffe zu diesem Themenfeld verweisen wir auf das folgende Kapitel 3. Unter Performance sei grundsätzlich die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems verstanden.

Die Sozialversicherung hat sich zur Performancemessung als strategisches Ziel in der Balanced Score Card (2013-2015) bekannt. Das dazugehörige Projekt für das Jahr 2013 wurde unter der Federführung des HVB⁴ und der OÖGKK⁵ durchgeführt. Im vorliegenden Grundlagenbericht I sind die Ergebnisse der Arbeit dieser Projektgruppe beschrieben.

Der Start des Projekts Performancemessung in der Sozialversicherung erfolgte vor der Konkretisierung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags (B-ZV)⁶, weshalb die Projektinhalte nicht eindeutig mit dessen Vorgaben übereinstimmen. Die Entwicklung des Projekts wurde jedoch richtungsweisend vom B-ZV (Steuerungsbereich Ergebnisorientierung) und den Rahmen-Gesundheitszielen beeinflusst.

Das Gesundheitssystem zu beobachten und seine Leistungsfähigkeit zu messen, verlangt nach ausgiebiger theoretischer Vorarbeit, da das Gesundheitssystem definiert werden muss⁷ und bestimmt werden muss, entlang welcher zentralen Werte⁸ die Beobachtung ausgerichtet werden soll.

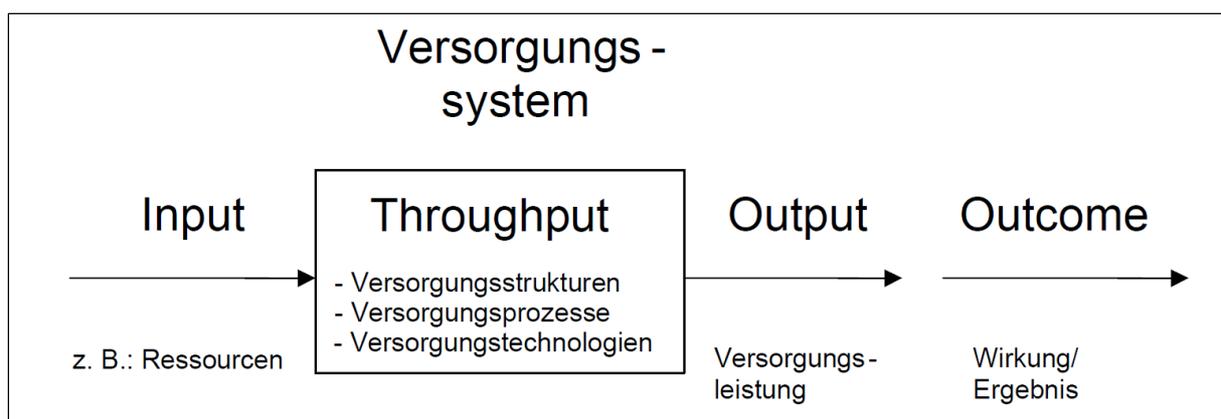


Abbildung 1: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems (Pfaff, 2003, S.15)

³ Kapazitätsentwicklung im Bereich Versorgungsforschung als Maßnahme zur Steigerung von Qualität, Effektivität und Effizienz des Versorgungssystems

⁴ Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

⁵ Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit

⁶ §15a-Vereinbarung: Zielsteuerung-Gesundheit

⁷ Grenzen, Strukturen, Prozesse und Ziele des Gesundheitssystems

⁸ Patientenorientierung

Das Projekt Performancemessung in der Sozialversicherung hat sich zum Ziel gesetzt, sich in einem weiter gesteckten Zeitrahmen und mit einem inhaltlich breiter gefassten Zugang mit der Performance des österreichischen Gesundheitssystems und möglichen Messindikatoren auseinanderzusetzen.

Der Schwerpunkt des aktuellen Projekts liegt hierbei auf den sogenannten Outcomes. Outcomes sind die Resultate der Wirkungen des Handelns im Gesundheitssystem und aller übriger Faktoren (Genetik, sozio-ökonomische und Umwelteinflüsse, Verhalten, etc.) im Gesundheitszustand der Bevölkerung.

Es ist angedacht, mittel- bis langfristig auch die anderen Steuerungsbereiche des Gesundheitssystems – finanzieller und personeller Input, Strukturen und Prozesse und Systemoutputs – in das Beobachtungsmodell zu integrieren.

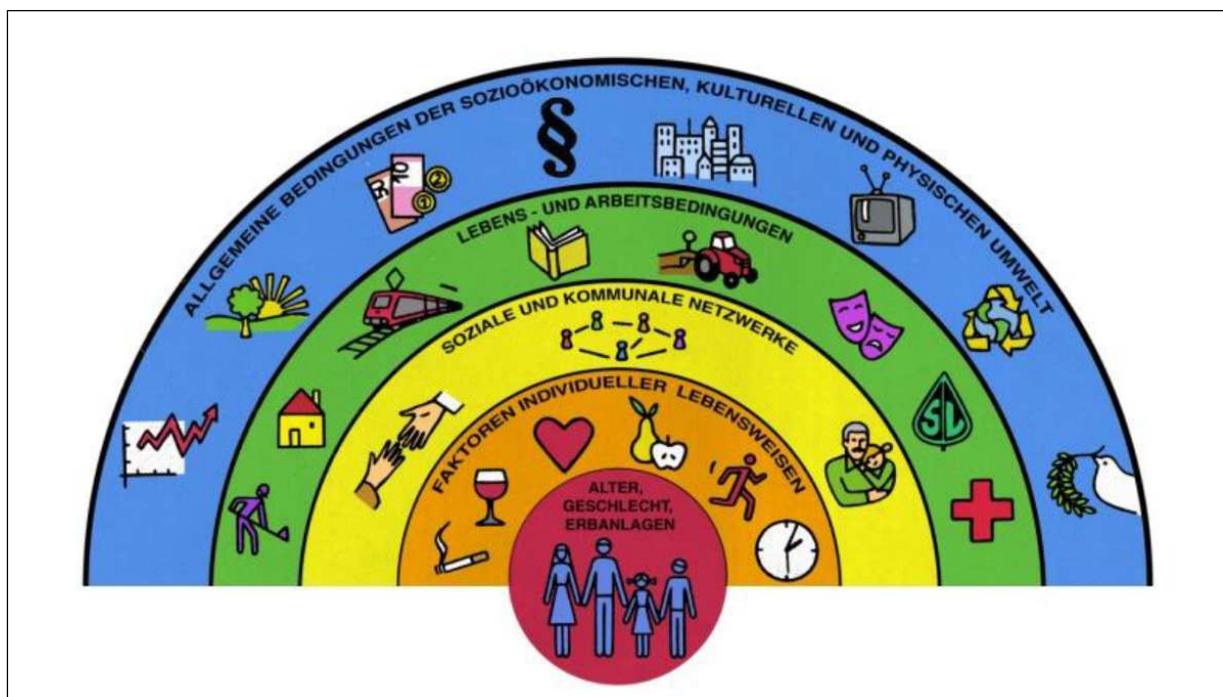


Abbildung 2: Determinantenorientierung (Rahmen-Gesundheitsziele, 2012, S.VI)

Um sich dem komplexen Thema Performance von Gesundheitssystemen adäquat nähern zu können, bedarf es eines mehrstufigen Prozesses von Literaturrecherchen zur Veranschaulichung des wissenschaftlichen Status Quo, über Kenntnisnahme bereits verwendeter Kennzahlen zur Beobachtung einzelner Segmente des Versorgungssystems, bis hin zu konkreten Zielvorgaben, auf welche Bereiche des Gesundheitssystems bei der Performance-Messung besonderes Augenmerk gelegt werden soll.

Die Erhebung geeigneter Indikatoren zur Messung der Performance des Gesundheitssystems und der weiteren Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die Lebensqualität der vom Versorgungssystem profitierenden Menschen gestaltet sich unterschiedlich aufwändig bzw. einfach. Viele Routinedaten liegen bereits vor, für gewisse Bereiche müssen Datenquellen erst erschlossen werden, um Performancemessung zu ermöglichen und manche Einflussfaktoren sind einfacher zu beobachten als andere.

Gliederung des Berichts

Der vorliegende Grundlagenbericht I enthält die zum Verständnis der Performancemessung notwendigen theoretischen Grundlagen (Kap. 3: Grundlegende Begriffe, Kap. 4: Ziele von Performancemessung und Kap. 5: Herausforderungen).

Des Weiteren werden die Arbeitsschritte im Projektverlauf und der Prozess der systematischen Bewertung der Indikatoren hinsichtlich definierter Kriterien erläutert (Kap. 6: Vorgehen und Methodik).

Ferner wird ein Framework vorgestellt, in welchem die zentralen Bereiche aufgelistet sind, in denen das Gesundheitssystem Ziele verfolgt (Kap. 7: Ergebnisse).

Das Resultat der Indikatorenbewertung führt zu einer konkreten fundierten Empfehlung an ausgewählten Indikatoren zur outcomeorientierten Messung der Performance des österreichischen Gesundheitssystems (Kap. 8: Zusammenfassung und Empfehlungen).

Der Bericht endet mit einer Vorschau auf die Inhalte des Grundlagenberichts II: Detailindikatoren, Weiterentwicklung der Outcomemessung hin zur Performancemessung und die Diskussion geeigneter Vergleichsländer zum Indikatorenbenchmark (Kap. 9: Weitere Schritte).

Die Beschreibung der übergeordneten Indikatoren zur Messung der Outcomes in den einzelnen Bereichen und die Literaturquellen sind am Berichtsende angehängt.

Nicht enthalten in diesem Grundlagenbericht sind die tatsächlichen aktuellen Zahlenwerte der Indikatoren. Denn die Sammlung und Bewertung der Indikatoren erfolgte unabhängig von den Messergebnissen. Es wurde bewusst versucht, die Strategie zu vermeiden, Indikatoren mit bestimmten Messergebnissen zu präferieren.

3 Grundlegende Begriffe und Definitionen

Die zentralen Begriffe der Performancemessung werden anhand der folgenden Fragen gegliedert.

- Was wird gemessen?
- Wie wird gemessen?
- Wie wird das Messinstrument verwendet?

3.1 Was wird gemessen?

3.1.1 Performance und Performancemessung

Die Performance oder Leistungsfähigkeit beschreibt, wie gut ein System in der Lage ist, das zu leisten, was es soll.

Performancemessung zeigt die Grade der Zielerreichung des Gesundheitssystems auf. „Performance measurement seeks to monitor, evaluate and communicate the extent to which various aspects of the health system meet key objectives.“⁹

3.1.2 Gesundheitssystem und Gesundheitswesen

3.1.2.1 Versuchsweise Allgemeindefinitionen ^{10 11 12}

Das Gesundheitssystem

Die Gesamtheit aller am Gesundheitswesen beteiligten Akteure/innen (Personen, Organisationen, Einrichtungen), die sie verbindenden Beziehungen (Strukturen) und die im Gesundheitssystem stattfindenden Abläufe (Prozesse).

Das Gesundheitswesen

Die Art und Weise, wie die Aufgaben des Gesundheitssystems (Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenbehandlung) dem Wesen nach organisiert sind: Finanzierung, Planung, Steuerung und Qualitätssicherung von Gesundheitsdienstleistungen.

Die Sozialversicherung ist neben anderen Institutionen (Bundesministerien, Bundesländer, Berufsvereinigungen, Interessensvertretungen, öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen) eine wichtige Akteurin im österreichischen Gesundheitssystem. Die einzelnen Berei-

⁹ Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects, S 8

¹⁰ https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Gesundheitssystem_LN.html

¹¹ <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem>

¹² Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects

che des Gesundheitssystems behandeln, forschen, planen, prüfen, bilden aus, kontrollieren, organisieren oder verwalten mit dem Ziel einer umfassenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und tragen dazu bei, das Gesundheitswesen weiterzuentwickeln.

3.1.2.2 Systemtheoretische Definition ^{13 14}

Eine systemtheoretische Definition des Gesundheitssystems in loser Anlehnung an die theoretischen Ausführungen von Luhmann könnte folgendermaßen aussehen: Das Gesundheitssystem ist ein Teilsystem der Gesellschaft, das an Bewusstsein und Körper der Menschen strukturell gekoppelt ist.¹⁵

Das Gesundheitssystem besteht aus drei Subsystemen: (1) Versorgungssystem, (2) Präventionssystem und (3) Verwaltungssystem. Die ersten beiden Subsysteme kann man auch Funktionen des Gesundheitssystems nennen, das dritte ist mit der Aufrechterhaltung der Funktionen beschäftigt.

Versorgungssystem

In das Versorgungssystem werden Kommunikationen¹⁶ eingebunden, die mit dem binären Code krank/nicht krank unterschieden werden können. Und zusätzlich: Jede Kommunikation, die um diese Unterscheidung kreist und zwischen einem/r PatientIn und einem/r Ärztin stattfindet, ist in das Versorgungssystem einzugliedern. Dieses System hat die Funktion Folgen pathogener Prozesse zu vermindern.

Das System reproduziert sich, sobald ein Mensch einen Arzt aufsucht, und der Arzt im Gespräch mit dem Patienten diesen als krank einstuft. Diesen Beginn des systemischen Operierens findet man in der **Diagnostik**. Hier vollzieht sich der Einschluss in das soziale System Gesundheitssystem.¹⁷

Die Diagnostik ist der medizinische Erkenntnisapparat des Versorgungssystems. Es unterscheidet, ob Menschen an das therapeutische Subsystem weitergegeben werden und ermöglicht so Therapien in Form einer Selektion. Es selektiert auch, ob Patientinnen und Patienten nicht ins therapeutische System kommen, oder ob sie weitertherapiert werden, oder entlassen werden dürfen. Dabei werden durch die Bestimmung der Diagnosen, die Wahlmöglichkeiten bei der Therapie eingeschränkt.

Mit diesem Apparat sind folgende Anforderungen verbunden:

- Offenheit: Zugang zur Diagnostik für alle
- Korrektheit: Minimum an Diagnosen bis Therapie anschlägt

¹³ Pelikan Jürgen: Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines absonderlichen Funktionssystems, in Soziale Systeme 13 (2007), Heft 1+2

¹⁴ Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects

¹⁵ Das System aus seinen Elementen und Teilen zu definieren ist nicht zielführend, wenn die Performance wichtiger Teile des Gesundheitssystems gemessen werden soll. Solche Definitionen sind zu sehr in der Perspektive der Institutionen verhaftet. Es geht aber um die Einnahme einer soziologischen Perspektive, da das Gesundheitssystem ein soziales System ist.

¹⁶ Kommunikation ist spezifisch definiert bei Luhmann.

¹⁷ vgl. Pelikan, S 294

Ist der diagnostische Code auf krank, so öffnet sich das **therapeutische Subsystem**: Es werden therapeutische Körperinterventionen durchgeführt.¹⁸

Mit diesem System sind folgende Anforderungen verbunden:

- Korrektheit: Wenige Therapien bis zur Entlassung aus dem System. Die Zeit bis zum Wiedereintritt soll möglichst groß werden.
- Nachhaltigkeit: Therapien, die nicht zu noch mehr Therapien führen
- Compliance: Therapietreue

Prävention und Gesundheitsförderung

In dieses Subsystem werden Kommunikationen eingebunden, die mit dem binären Code krank-machend/gesund-machend unterschieden werden können. Diese Unterscheidung bezeichnet Prozesse, die es auf der psychischen, auf der ökologischen, auf der körperlichen, und mehrfach auf der sozialen Ebene gibt. Das Ziel dieses Subsystems ist es pathogene Prozesse vermeiden und salutogene Prozesse zu fördern.

Die präventive Diagnostik kommt aus der Ursachenforschung der Krankheitsentstehung (Pathologie, Ätiologie), aus sozialmedizinischen Studien, und aus der Public Health. Alle Disziplinen geben unterschiedlich gelagerte Faktoren (psychische, körperliche, ökologische, soziale) an, die aus präventiver Perspektive gesteuert werden sollen.

Mit diesem System sind folgende Anforderungen verbunden:

- Korrektheit der Ursachenerforschung – rein akademisch – hier sind die klassischen epistemologischen Gütekriterien gefragt;
- Steuerung der Thematiken, die erforscht werden: ökologische, soziale, psychische, physische Ursachen der jeweiligen Erkrankungen.

Mit diesem System sind Anforderungen verbunden:

- Steuerung der Präventionsprogramme gemäß der erkannten Problemfelder.

Verwaltungssystem

Das Verwaltungssystem ist ein Zielerreichungssystem, das vermittelt über Aggregate der einzelnen Leistungen der zwei Subsysteme steuert. Die Aggregation der Daten ist ob der Komplexität des Gesundheitssystems höchst notwendig. Bisher wurde in Form von Kosten aggregiert, d.h. es wurden rein finanzielle Ziele angesteuert.¹⁹ Das Performance-Measurement-System ist ein Beitrag zum Paradigmenwechsel in der Gesundheitsverwaltung.

¹⁸ dies lässt sich lt. Pelikan als symbiotischer Mechanismus in das Theorem der Systemtheorie integrieren. vgl. Pelikan S 300

¹⁹ Die Umwandlung von Leistungen in Kosten passiert durch eine spezifisch verzerrende Übersetzung in den Honorarordnungen. Das Augenmerk wird nur über Geldhäufigkeiten gelenkt, nicht aber über Häufungen in den zu Grunde liegenden Problemen. Dieser Mangel kann durch gezielte Indikatorenverwendung behoben werden.

3.2 Wie wird gemessen?

3.2.1 Performancemessung (PM) ^{20 21 22 23}

Die PM stellt ein Managementtool zur Zielerreichung dar. Durch mehrdimensionale Leistungsmessung anhand von Indikatoren soll die Leistung (Performance) eines Systems gemessen und steuerbar gemacht werden. PM ermöglicht Aussagen über das Maß der Zielerreichung (Effektivität) und über das Maß des Ressourceneinsatzes zur Zielerreichung (Effizienz).²⁴

Performancemessung sollte als ein Teil des Public-Health-Action-Cycles verstanden werden. Das heißt, dass die Definition von Zielen/Werten eine Voraussetzung für die Messung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen ist. Es muss geklärt werden, was das Gesundheitssystem leisten soll. Im Allgemeinen lassen sich trotz unterschiedlicher historischer und soziokultureller Entwicklungen (zumindest für OECD-Länder) einige grob formulierte grundsätzliche Ziele – wie beispielsweise die effiziente und effektive, sowie die bedarfs- und chancengerechte Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen – nennen.



Abbildung 3: Public Health Action Cycle²⁵

Aus der Einbindung in den Public-Health-Action-Cycle ergibt sich, dass PM als ein PANEL-Instrument zu verstehen ist. Es hat eine Querschnitts-Achse durch die regionale Gliederung, und eine Längsschnittsachse durch die Jahre der Beobachtung. Das Instrument wird erst nach einiger Zeit Veränderungen messen können, sofern sichergestellt werden kann, dass die notwendigen Variablen, für eine valide Messung der relevanten Konzepte messbar sind.

²⁰ Performance von Gesundheitssystemen, Health System Watch 4/2010

²¹ Naylor, Iron & Handa: Measuring Health System Performance: Problems and Opportunities in the Era of Assessment and Accountability. In: Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries. S 14.

²² Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects, S 8

²³ Aktenvermerk HVB EWG ZI. 33-EWG/36.5/12 Go

²⁴ Dem Anspruch nach, ist dies eine herakleische Aufgabe, die erst im Lauf der Zeit zu bewältigen sein wird.

²⁵ http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=72428&p_tabid=5

Die Ziele müssen messbar sein oder messbar gemacht werden. Die Messpunkte sind dabei inhaltlicher Natur, das heißt es geht darum, das Gesundheitssystem auf die Probleme auszurichten. Dazu werden zur Messung vorrangig die sogenannten Outcomes herangezogen, da sie über die Wirkungen des Gesundheitssystems informieren.

Aus der Definition der Ziele sollten sich Maßnahmen ergeben. Über die Evaluation der Ziele im letzten Schritt kann dann der Regelkreis von neuem mit neuen oder adaptierten Zielen erfolgen. Die PM stellt diese Evaluation dar.

Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens soll laufend erhoben werden. Die gemessenen Indikatoren als Ausdruck der Performance können punktuellen regionalen Vergleichen dienen oder für regelmäßiges Monitoring der Wirkung von systemgestaltenden Maßnahmen verwendet werden.

Eine wichtige Aufgabe der PM ist die Identifikation von „Best practice“-Strategien z. B. durch regionale Vergleiche zur Unterstützung politischer Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in ihrer Arbeit zur Verbesserung des Gesamtsystems. Es ist also wichtig, PM nicht als einen Selbstzweck zu sehen. PM muss in eine größere Strategie eingebunden sein, um Wirkung zu entfalten und so als strategisches Tool eingesetzt werden zu können.

3.2.2 Perspektive

Die Beobachtung wird aus der Perspektive der Bevölkerung unternommen. Dies bedeutet, dass gesundheitliche Outcomes eine wesentliche Rolle bei der Messung spielen.

3.2.3 Framework

Siehe 7.1 Beschreibung des Frameworks

3.2.4 Indikatoren

Da Performance an sich nicht direkt gemessen werden kann, werden für verschiedene Bereiche (in Zahlen ausdrückbare) Informationen erhoben und zu sog. Indikatoren verdichtet.

Ein Indikator zeigt etwas an, bzw. weist auf etwas hin, worauf ein direkter Blick nicht möglich ist. Ein Indikator braucht daher einen ausgearbeiteten theoretischen Rahmen, der erklärt, was gemessen wird.

Ein Indikator ist etwas (Umstand, Merkmal), das als (statistisch verwertbares) Anzeichen für eine bestimmte Entwicklung, einen eingetretenen Zustand o. Ä. dient.²⁶

²⁶ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Indikator#Bedeutung1>

3.2.5 Modell der Messung^{27 28 29}

Die Indikatoren, mit denen Aspekte der Gesundheit gemessen werden sollen (Outcome), werden nur zum Teil durch das Gesundheitssystem beeinflusst (siehe Kapitel 5.1.2). Weitere Einflussgrößen sind beispielsweise der sozioökonomische Status (Bildung, Beschäftigung, Einkommen, Vermögen), ökologische und soziale Umweltfaktoren und individuelle Gesundheitsdeterminanten (Bewegung, Ernährung, Konsum, Erbfaktoren).



Abbildung 4: Einflussfaktoren auf gesundheitliche Outcomes

Betrachtet man das Gesundheitssystem entlang eines Prozessmodells (Panelmethode) im Bezug auf seine Wirkungen auf die Gesundheit genauer, so verlagert sich das Modell: Komplexität wird im Gesundheitssystem aufgebaut, während alle anderen Einflüsse zu einem reduziert werden. In Anlehnung an Holger Pfaffs berühmtes Modell³⁰, stellt sich das veranschaulicht wie folgt dar (Abb. 5).

²⁷ Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch IV

²⁸ Street & Häkkinen: Health system productivity and efficiency. In: Performance Measurement for Health System Improvement. Experiences, Challenges and Prospects, S 222-248

²⁹ Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung

³⁰ siehe Kapitel 2: Einleitung

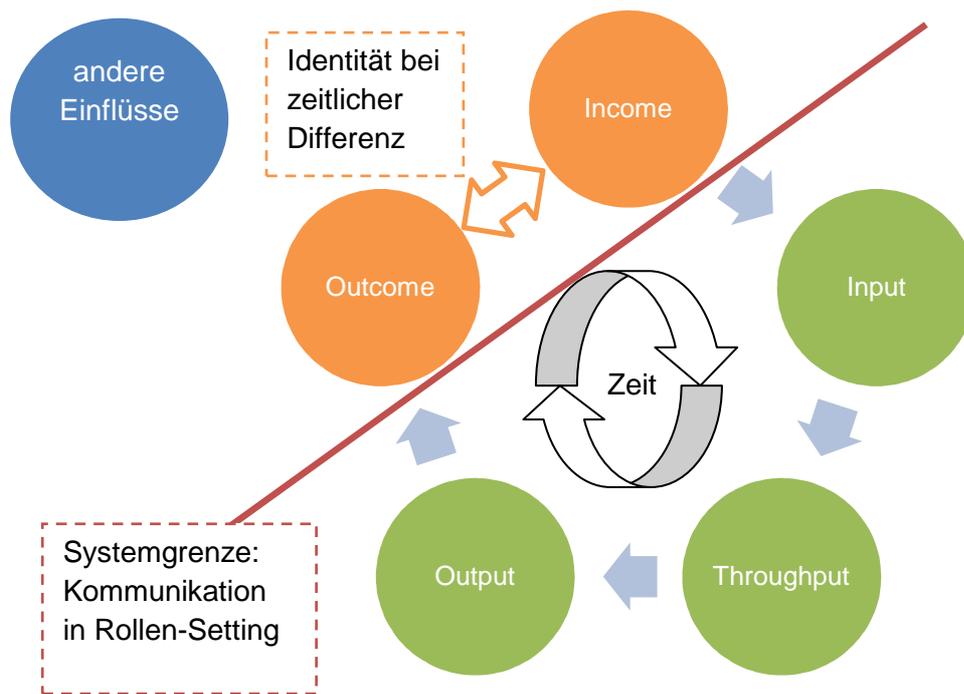


Abbildung 5: Prozessmodell des Gesundheitssystems

3.2.5.1 Input

Unter Input versteht man die Ressourcen, die zur materiellen und kognitiven Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems gebraucht werden. Das sind: Personal, Energie, Geld, Information, Material, Geräte etc. Die Auswahl der für die Performancemessung jeweils relevanten Input-Faktoren hängt von den zu beobachtenden Zielen bzw. Performancebereichen ab.

3.2.5.2 Throughput

Der Throughput bezeichnet die Art und Weise, wie der Input im Zeitverlauf im Versorgungsmodell verarbeitet wird. Es sind die Konzepte, wie z. B. Krankenhäuser architektonisch aussehen, wie Patientinnen und Patienten durch DMPs³¹ geführt werden oder wie eine leitlinienkonforme Behandlung aussieht.

Unterschiedliche Konzepte der Nutzung der Infrastruktur führen zu unterschiedlichen Auslastungen und unterschiedlicher Beanspruchung des Inputs.

3.2.5.3 Output

Output bezeichnet die konkret erbrachte Versorgungsleistung (z.B. Anzahl von Diagnose-, Behandlungs-, Pflege-, und Beratungsleistungen). Bei den generierten Outputs des Gesundheitssystems setzen in der Regel viele Bewertungskriterien zur Behandlungsökonomie und zur Versorgungsqualität an.

³¹ DMP = Disease Management Program

3.2.5.4 Outcome

Outcome ist das Ergebnis des Handelns im Gesundheitssystem und die Wirkung der weiteren Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Menschen.

3.2.5.5 Income

Ist das Gleiche wie der Outcome, zeitlich vor dem Eintritt ins Gesundheitssystem.

3.2.6 Dimensionen der Messung³²

3.2.6.1 Effektivität

Effektivität bezeichnet das Verhältnis von erreichtem Ziel zu definiertem Ziel. Sie ist eine zentrale Dimension der Performancemessung und beschreibt den Grad an Zielerreichung des Gesundheitssystems bei gegebener Versorgung.

3.2.6.2 Effizienz

Effizienz bezieht sich auf das Verhältnis von Input und Output und ist die zweite zentrale Dimension der Performancemessung. Sie kann als optimale Nutzung der Ressourcen zur Erbringung maximaler Ergebnisse definiert werden.

Mit technischer Effizienz wird entweder die Maximierung eines Outputs bei gegebenen Inputs oder die Minimierung des Inputs bei einem vorher festgelegten Output bezeichnet.

Allokative Effizienz bezieht sich demgegenüber auf den optimalen Mix an Inputs bei gegebenen Input-Preisen, der die Kosten minimiert, oder auf den optimalen Mix an Outputs bei gegebenen Output-Preisen, der den Ertrag maximiert. Für die PM wird die Output-Variante entscheidend sein: wird dort behandelt, wo es für das Gesamtsystem am günstigsten ist?

3.2.6.3 Responsiveness³³

Der Begriff bezieht sich darauf, wie das Gesundheitssystem seine Patientinnen und Patienten behandelt, um deren legitime nicht-gesundheitsbezogene Erwartungen zu erfüllen. Das Konzept Responsiveness geht über die Fragen von allgemeiner Zufriedenheit oder die subjektive Bewertung der medizinisch-pflegerischen Behandlung aus Patientensicht hinaus. Die Patientenzentriertheit im Sinne von fürsorglicher, kommunikativer und verständnisvoller Arzt-Patienten-Beziehung steht dabei im Fokus.

³² Performance von Gesundheitssystemen, Health System Watch 4/2010

³³ Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers No. 23

3.2.6.4 Chancengleichheit³⁴

Chancengleichheit bezeichnet in modernen Gesellschaften das Recht auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Gesundheitliche Chancengleichheit bzw. Chancengerechtigkeit definiert dieses Recht gesundheitsbezogen, d. h. als Herstellung gleicher und damit gerechter Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben.

3.3 Wie wird das Messinstrument verwendet?

3.3.1 Heuristische Verwendung der Performancemessung

Gesundheit als solches ist ein komplexes, d.h. mehrdimensionales nicht auf einen Indikator reduzierbares Phänomen, das in einem Individuum auftritt und daher eine subjektive und eine objektive Komponente hat. Einen Teil kann man z. B. mit dem Indikator „Gesunde Lebensjahre“ erfassen. Dieser „objektiviert“ subjektive Aussagen mittels Fragebogen und Statistik. Die gewonnenen Zahlen weisen im regionalen oder temporalen Vergleich darauf hin, dass in manchen Ländern oder in der Vergangenheit Menschen länger/kürzer in guter Gesundheit leben. Der Indikator wird erst interpretierbar, wenn eine Wertung ins Spiel kommt: je höher, desto besser. Dann erst verweist er auf einen Zustand, der näherer Beobachtung bedarf.

3.3.2 Füllung des Frameworks

3.3.2.1 Übergeordnete Indikatoren

Diese Indikatoren sollen für jedes Feld im Framework gut den Gesamtwert abbilden. Sie sollen die Funktion im Bereich zusammenfassend darstellen.

3.3.2.2 Detailindikatoren

Dies sind Indikatoren, die spezifisch den gesundheitlichen Outcome bei einzelnen Krankheiten oder für bestimmte Zielgruppen messen (z.B. Inanspruchnahme Prostatakrebscreening oder Zahngesundheit bei Kindern).

³⁴ Rahmen-Gesundheitsziele

4 Ziele von Performancemessung

In diesem Kapitel wird erläutert, welche konkreten Ziele mit dem vorliegenden Projekt verfolgt werden. Für eine anschauliche Darstellung der Zielsetzung wird auf den Hintergrund und die inhaltliche Ausrichtung näher eingegangen. Danach werden die gesteckten Ziele unterteilt nach Zeithorizonten (kurz-, mittel- und langfristig) und stichpunktartig angeführt. Um den Rahmen des Projekts abgrenzen zu können und festzulegen was nicht erreicht werden soll, wurden ergänzend Nicht-Ziele definiert.

4.1 Hintergrund und inhaltliche Orientierung

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, hat sich die Sozialversicherung zur Performancemessung als strategisches Ziel in der Balanced Score Card bekannt. Das Projekt schließt somit inhaltlich auch an die Zielvereinbarungen in Form des Bundeszielsteuerungsvertrags an. Das operative Ziel 8.1.2 fordert eine „regelmäßige, systematische, international vergleichbare und soweit erforderlich regionalisierte Messung der Outcomes im Gesundheitssystem“. Das Projekt Performancemessung will hierfür ein fundiertes Konzept liefern, welches die Sozialversicherung bei der Erfüllung des operativen Ziels unterstützen kann.

Die Performancemessung der Sozialversicherung hat einen outcomeorientierten Zugang, keinen strukturbeschreibenden. Denn eine umfassende Darstellung aller Einflussfaktoren auf gesundheitliche Outcomes ist nicht möglich. Das Gesundheitssystem ist in der Summe der Gesundheitsdeterminanten ein Einflussfaktor von vielen.

4.2 Kurzfristige Ziele - 2013

- Anpassung der akademischen Vorschläge aus der internationalen Fachliteratur an das österreichische Gesundheitssystem: Definition zentraler Begriffe und der Anforderungen aus bevölkerungszentrierter Perspektive.
- Gliederung des Systems in zu untersuchende Bereiche und Funktionen
- Erstellung eines Schemas zur abgesicherten Auswahl der Indikatoren
- Durchführung der Indikatorenauswahl
- Erstellung eines Grundlagenberichts mit empfohlenen Indikatoren in einem Framework zur Messung der Outcomes

4.3 Mittelfristige Ziele - 2014

- Erhöhung des Detaillierungsgrades der Indikatoren
- Erschließung von neuen Datenquellen im Bezug auf Outcomes und Einflussfaktoren nach Maßgabe der Indikatoren und Bereiche.

4.4 Langfristige Ziele - 2020

Aus den Unterschieden in den gesundheitlichen Outcomes je Region sollen Rückschlüsse auf die Performance des Gesundheitssystems getroffen werden. Dazu sollen Forschungsaufträge, in denen im Detail Gründe für Unterschiede in den Outcomes untersucht werden, vergeben werden.

Aus diesen Studien ergibt sich die Möglichkeit die Einflüsse auf die Outcomes in das Performance Measurement miteinzubeziehen. Dies hilft bei der Erfüllung des Anspruchs, den Einfluss des Gesundheitssystems auf die Outcomes besser zu verstehen.

4.5 Keine Ziele der Performancemessung der SV

Nicht-Ziel dieses Projekts ist das Monitoring für den Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV). Die Performancemessung in der Sozialversicherung wird nicht das Messinstrument für die Zielerreichung des B-ZV. Inhaltlich orientiert sich das Projekt jedoch an den Vorgaben des B-ZV zum Bereich Ergebnisorientierung.

Detaillierte Ursachenforschung für die Ergebnisse einzelner Indikatorenmessungen erfolgt nicht im Zuge der Performancemessung. Die Interpretation der Ergebnisse und die Ableitung von Maßnahmen müssen regional unter Einbeziehung der relevanten Prozessbeteiligten erfolgen. Einzelne Interventionen (Maßnahmen zur Systemsteuerung) lassen sich nicht mittels Performancemessung evaluieren, da diese mit aggregierten Daten arbeitet.

Performancemessung ist an sich kein Wertungssystem sondern ein heuristisches³⁵ Werkzeug, welches die Unterschiede in den Outcomes darstellt und die Erforschung und Bewertung der Ursachen in anderen Projekten ermöglicht. Es unterstützt bei der informierten Entscheidung für nähere Betrachtungen (Evaluierung) im Gesundheitssystem.

Wir verstehen Outcome-Messung als Teilbereich der Performancemessung, welche neben dem Outcome auch noch Strukturen, Prozesse und Inputs beinhalten würde. Der Schwerpunkt der Performancemessung wurde in diesem Projekt vorerst bewusst auf den Outcome gelegt.

Outcomeorientierte Performancemessung leistet nicht die Überwachung von Finanzziele oder die systematische Darstellung von Strukturen und Prozessen im Gesundheitswesen in isolierter Form.

³⁵ vgl. Archimedes „**Heureka**“ (εὕρηκα) „Ich habe [es] gefunden“.

5 Herausforderungen

Die Aussagekraft und Qualität der Performancemessung hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Dies führt zu Empfehlungen zur Good Practice bei der Konzipierung, Implementierung und Verwendung von Instrumenten zur Performancemessung am Ende des Kapitels.

Ausgehend von den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche zu den folgenden Themen wurde in der Projektarbeit bei der inhaltlichen Strukturierung der outcomeorientierten Ziele des Gesundheitssystems im Framework und im konkreten Prozess der Indikatorenauswahl gesondertes Augenmerk auf die Berücksichtigung der erwähnten Herausforderungen gelegt.

5.1 Beeinflussende Faktoren

Faktoren, welche die Qualität und Aussagekraft der Performancemessung beeinflussen können, lassen sich grob gliedern in Datenverfügbarkeit, -qualität und Auswahl der Indikatoren. Darüber hinaus wird die Komplexität der Gesundheit als beeinflussender Faktor im Kontext der Ergebnisinterpretation näher betrachtet.

5.1.1 Daten und Indikatoren

Datenverfügbarkeit

Indikatoren sollten anhand von konkreten Zielen des Gesundheitssystems entwickelt werden. Bei der Messung des Outcome besteht die Tendenz, auf Indikatoren zu fokussieren, welche mit vorhandenen Daten berechnet werden können. Offen bleibt, wie relevant die verfügbaren Daten für die Performancemessung sind. Um die Ziele des Gesundheitssystems in adäquater Form messen zu können, bedarf es deshalb neben der Verwendung bereits verfügbarer Indikatoren auch der Generierung neuer Daten. Diese Vorgehensweise ist meist mit hohem Aufwand und hohen Kosten verbunden^{36 37}.

Die Aussagekraft von gemessenen Ergebnissen wird ferner von der Aktualität der Daten beeinflusst. Gerade bei umfragebasierten Daten besteht die Gefahr, dass diese nicht regelmäßig verfügbar sind, um Zeitreihen vergleichen zu können, bzw. dass diese lediglich einmalig erhoben wurden.

Eine weitere Limitation stellt die Verfügbarkeit der Daten auf regionaler und internationaler Ebene dar. Viele Befragungen, welche beispielsweise den Gesundheitszustand mit dem Ziel der internationalen Vergleichbarkeit messen, berechnen die Daten lediglich auf überregionaler, sprich nationaler Ebene. Dadurch sind regionale Detailinformationen nicht verfügbar.

³⁶ Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch

³⁷ Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

Umgekehrt sind die Ergebnisse von Erhebungen, welche für die regionale Vergleichbarkeit konzipiert wurden, selten international vergleichbar.

Datenqualität

Umfragebasierte Daten - insbesondere jene, welche den Gesundheitszustand und den Zugang zur Gesundheitsversorgung messen - können mit folgenden Limitationen verbunden sein: Kultureller Bias, Recall Bias, Repräsentativität des Samples.³⁸

Im Unterschied zu umfragebasierten Daten können Routinedaten³⁹ welche durch Leistungserbringerinnen und –erbringer erhoben werden, durch die „Codierpraxis“ beeinflusst werden⁴⁰.

Erfahrungen mit länderübergreifenden Vergleichen einzelner Outcome-Indikatoren zeigen, dass die Vergleichbarkeit aufgrund von Unterschieden der Gesundheitssysteme und in der Datenerhebung stark eingeschränkt sein kann.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gemessenen Werte Messfehler enthalten, welche unterschiedlich stark ausgeprägt sein können (z.B. auch im Hinblick auf Kausalitätszusammenhänge zwischen den Indikatoren). Von zentraler Bedeutung sind in dieser Hinsicht die Zuverlässigkeit (Reliabilität) und die Gültigkeit (Validität) einer Messung⁴¹.

Beobachtereffekt und Auswahl der Indikatoren

Die Qualität und Aussagekraft einer Performancemessung korreliert mit der Güte der Auswahl der Indikatoren. Wie bereits weiter oben erwähnt, sollten Indikatoren anhand von konkreten Zielen des Gesundheitssystems entwickelt werden. Bei der Auswahl der Indikatoren gilt es ferner zu beachten, die Zielerreichung nicht nur anhand unterschiedlicher Indikatoren zu überwachen, sondern auch den Umsetzungsprozess selbst, da ein Zielsteuerungsprozess auf die Anwendung von Indikatoren reagiert. So kann es zu einer suboptimalen Versorgung aus medizinischer und ökonomischer Sicht kommen, wenn die Akteure ihr Verhalten an die konkreten Zielvorgaben der gemessenen Indikatoren anpassen.^{42 43}

Demnach kann die Zielsteuerung zu verschiedenen Formen der Verzerrung führen: Bewusste Verfälschung der Daten, Bevorzugung von Patientinnen und Patienten mit guter Prognose oder wenig Anreize die Ziele zu übertreffen.

³⁸ Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries

³⁹ Definiert als jene Daten, welche als Nebenprodukt von Abrechnungssystemen entstehen

⁴⁰ Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

⁴¹ vgl. Bewertungsschema für Indikatoren - Kapitel 6.2

⁴² Umsetzung von Gesundheitszielen, Maßnahmen und Monitoring am Beispiel ausgewählter Länder

⁴³ Performance Measurement for Health System Improvement, S 509 - 519

5.1.2 Komplexität

Eine weitere Herausforderung, welche bei der Messung der Performance von Gesundheitssystemen berücksichtigt werden muss, ist die Komplexität der Gesundheit⁴⁴. Vor diesem Hintergrund muss bei der Interpretation der Ergebnisse darauf geachtet werden, inwieweit Outcome-Indikatoren durch das Gesundheitssystem beeinflusst werden können.

Um Verzerrungen zu vermeiden, müssen exogene und endogene Faktoren, welche die Indikatoren beeinflussen können, kontrolliert werden, denn die Performance eines Gesundheitssystems muss nicht unmittelbar mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung korrelieren.⁴⁵

Der Sachverständigenrat Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland fasst zusammen, dass das Gesundheitswesens im engeren Sinne (kuratives System ohne Prävention und Gesundheitsförderung) zur Veränderung der Lebenserwartung bzw. der Mortalität im Zeitverlauf nach zahlreichen international vergleichenden Studien zwischen 10 und 40 Prozent beigetragen hat. Andere Einflussgrößen sind etwa Bildung, Einkommen, Ernährung, Erbfaktoren etc.⁴⁷ Performancemessung von Gesundheitssystemen sollte sich auch aus diesem Grund nicht mit der Beobachtung der Lebenserwartung als zentralem Outcome begnügen.

Werden krankheitsspezifische Ziele verfolgt (z. B. Senkung der Lungenkrebs-Prävalenz), so ist der gegenwärtige Outcome in der Regel von früherer Performance beeinflusst. Der Effekt einer Intervention auf die Veränderung im Outcome tritt dabei erst im Zeitverlauf ein. Bei der Ergebnisinterpretation muss bedacht werden, dass eine mangelnde Verbesserung, abgebildet anhand aktueller Daten, nicht zwangsläufig ein Scheitern der Intervention bedeutet. Der Zeitraum zwischen Intervention und Outcomemessung wirkt sich auch auf die Vergleichbarkeit der regionalen Daten aus. Migrationen zwischen Bundesländern zum Beispiel können Ergebnisse verzerren und somit die regionale Vergleichbarkeit beeinflussen.

5.2 Good Practice der Performancemessung

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, Kriterien zu definieren, welche bei der Konzipierung, Implementierung und Verwendung von Performancemessung berücksichtigt werden sollten. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll eine Zusammenfassung der Empfehlungen der verwendeten Fachliteratur darstellen:

- **Perspektive.** Das Gesundheitssystem kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden, abhängig von der Position der Stakeholder. Deren Anzahl steigt, je mehr Bereiche abgedeckt werden. Die, je nach gewählter Perspektive, relevanten Stakeholder sollen miteinbezogen werden.^{48 49}

⁴⁴ vgl. Grundlegende Begriffe und Definitionen – Kapitel 3

⁴⁵ Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch

⁴⁶ Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

⁴⁷ Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, S 24

⁴⁸ Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch

⁴⁹ Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

- **Definition des Rahmens.** Um die Performance eines Gesundheitssystems messen zu können, gilt es zunächst Ziele zu definieren, um zu klären, was das System überhaupt leisten soll. Danach werden essentielle Bereiche benannt und mit Indikatoren quantifiziert.⁵⁰
- **Optimales Verhältnis von Indikatoren.** Bei zu wenigen Indikatoren werden eventuell wichtige Aspekte vernachlässigt, bei zu vielen wird das Instrument unpassend und kostenintensiv.⁵¹
- **Entwicklung von Bewertungskriterien.** Diskutierbare Kriterien müssen entwickelt werden, anhand welcher die ausgewählten Indikatoren und die Qualität der Daten bewertet werden können. In diesem Zusammenhang muss geklärt werden, ob die benötigten Daten bereits verfügbar sind, regelmäßig erhoben werden können und vergleichbar sind. Gegebenenfalls müssen Datengrundlagen geschaffen werden.
- **Berücksichtigung von Confoundern.** Bei der Verwendung von Performanceindikatoren muss darauf geachtet werden, dass sämtliche Confounder des untersuchten Bereichs soweit wie möglich berücksichtigt werden. Darüber hinaus soll der Fokus beim Einsatz von Outcome-Indikatoren auf der Messung jener Teile der Versorgung liegen, welche von den handelnden Personen auch beeinflusst werden können⁵².
- **Interpretation der Ergebnisse.** Bereits bei der Konzipierung von Performancemessung muss bedacht werden, wie mit den Ergebnissen umgegangen werden soll. Hinweise zur vorsichtigen Interpretation können hier Abhilfe schaffen⁵³. Performancemessung kann keine detaillierte Ursachenforschung für die Ergebnisse leisten - das geht nur in Einzelstudien^{54 55}.
- **Monitoring der Ergebnisse.** Um die Nachhaltigkeit von Performancemessung zu gewährleisten, wird ein Monitoring empfohlen. Dabei gilt es, auf die Periodizität zu achten^{56 57}.
- **Ständige Entwicklung.** Performancemessung muss sich laufend weiterentwickeln (z.B. aufgrund von neuen Technologien, Behandlungsformen, Krankheitsbildern).

⁵⁰ Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch

⁵¹ Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

⁵² Measuring quality of care with routine data, avoiding confusion between performance indicators and health outcomes

⁵³ Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

⁵⁴ Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007

⁵⁵ Vgl. Ziele von Performancemessung – Kapitel 4

⁵⁶ EuroReach. Improved access to health care data through cross-country comparison. Coordination with European and International Initiatives

⁵⁷ Vgl. Bewertungsschema für Indikatoren – Kapitel 6.2

5.3 Conclusio

Mit Hilfe der verwendeten Fachliteratur konnten Faktoren eruiert und beschrieben werden, welche die Qualität und Aussagekraft der Performancemessung beeinflussen. Es gilt, diese bei der Konzipierung, Implementierung und Verwendung von Messinstrumenten zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund der diskutierten Good Practice Kriterien wurde eine Checkliste konzipiert, anhand welcher darauf verwiesen wird, inwiefern diese Kriterien in unserem Projekt Berücksichtigung finden.

Tabelle 1: Checkliste Good-Practice Kriterien einer Performancemessung im Projektkontext

Kriterium	Bereits berücksichtigt	Empfehlung
Perspektive	<input checked="" type="checkbox"/>	Vgl. Ziele von Performancemessung – Kapitel 4
Definition des Rahmens	<input checked="" type="checkbox"/>	Vgl. Ergebnisse – Kapitel 7
Optimales Verhältnis von Indikatoren	<input checked="" type="checkbox"/>	Vgl. Zusammenfassung und Empfehlungen – Kapitel 8
Entwicklung von Bewertungskriterien	<input checked="" type="checkbox"/>	Vgl. Bewertungsschema für Indikatoren – Kapitel 6.2
Berücksichtigung von Confoundern	<input checked="" type="checkbox"/>	Vgl. Bewertungsschema für Indikatoren – Kapitel 6.2 bzw. muss in weiterer Folge berücksichtigt werden
Interpretation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	Muss in weiterer Folge berücksichtigt werden
Monitoring der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	Muss in weiterer Folge berücksichtigt werden
Ständige Entwicklung	<input type="checkbox"/>	Muss in weiterer Folge berücksichtigt werden

Quelle: Eigene Darstellung

Die Ergebnisse der Performancemessung, dargestellt in Form der Outcome-Indikatoren, liefern Hinweise zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems aus der gewählten Perspektive. Eine finale Bewertung ist damit nicht möglich. Um eine inhaltliche Interpretation der Messergebnisse zu ermöglichen, ist Ursachenforschung auf regionaler Ebene zu betreiben.

Die eben dargelegten Limitationen und Empfehlungen legitimieren die Forderung, Performancemessung als langfristiges Projekt zu sehen. Dadurch kann eine Anpassung an Systemveränderungen erfolgen und die Komplexität der Gesundheit berücksichtigt werden.

6 Vorgehen und Methodik

Um sich dem komplexen Thema Performance von Gesundheitssystemen adäquat nähern zu können, bedarf es eines mehrstufigen Prozesses. Zu Beginn des Projekts wurde daher ein Projektfahrplan erstellt, der einen Überblick über geplante Arbeitsschritte geboten hat und mithilfe dessen die Ziele des Projekts zwischen den Projektteammitgliedern und in der Kommunikation mit dem Projektlenkungsausschuss diskutiert werden konnten.

Von Projektbeginn an wurde eine strukturierte, transparente und breit angelegte Vorgehensweise als ausschlaggebend für ein gutes Gelingen des Projektvorhabens erkannt. Die enge und betont gute Kooperation zwischen den Projektteammitgliedern, die Einbeziehung der SV-internen Expertinnen und Experten mehrerer Träger und die externe Qualitätssicherung unter anderem durch die inhaltliche Diskussion mit der Gesundheit Österreich GmbH haben wesentlich zum Gelingen des Berichts und zur Erreichung der Projektziele beigetragen.

6.1 Projektfahrplan

Die Arbeitspakete des Projekts lassen sich grob in folgende vier Bereiche untergliedern.

- **Literaturrecherche**

Zur Veranschaulichung des aktuellen wissenschaftlichen Status Quo zur Performancemessung wurden rund 80 verschiedene Literaturquellen gelesen und zusammengefasst (Anhang: Literaturübersicht).

Aus den in der Fachliteratur enthaltenen Informationen wurde zum einen in Anlehnung an Performancemessung in anderen europäischen Ländern ein theoretisches Rahmengerüst für eine zielorientierte Analyse des österreichischen Gesundheitssystems erstellt (Kapitel 7: Framework).

Zum anderen konnten zentrale Begriffe definiert werden (Kapitel 3), sowie eine umfassende Liste von zu diskutierenden Indikatoren zur outcomeorientierten Performancemessung erstellt werden (Anhang: Indikatorenbeschreibung⁵⁸).

Auf Basis der verwendeten Fachliteratur konnten Faktoren eruiert und beschrieben werden, welche die Qualität und Aussagekraft der Performancemessung beeinflussen (Kapitel 5: Herausforderungen).

Desweiteren wurden anhand der Grundlagenliteratur Kriterien erarbeitet, mit deren Hilfe Indikatoren hinsichtlich ihrer Relevanz und datentechnischen Qualität bewertet werden können. (Kapitel 6.2: Bewertungsschema für Indikatoren).

⁵⁸ Die Beschreibung der Indikatoren beinhaltet den im Zuge der Projektrecherchen gewonnen Kenntnisstand des Projektteams. Auf eine abschließende Qualitätssicherung dieser Beschreibungen durch externe Expertinnen und Experten musste infolge terminlicher Engpässe leider verzichtet werden. Irrtümer sind demnach vorbehalten.

- **Rahmenbildende Aspekte des österreichischen Gesundheitssystems**

Die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele und der Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurden hinsichtlich konkret genannter Indikatoren zur outcomeorientierten Performancemessung durchsucht.

- **Workshops mit SV-Trägerexpertinnen und -experten**

Es fanden mehrere Arbeitstreffen statt, zu denen Expertinnen und Experten aller SV-Träger eingeladen waren. Beim ersten Termin (26.9.13) wurden der Projektfahrplan und die Projektziele vorgestellt.

Beim zweiten Termin (5./6.11.13) wurden die Indikatoren anhand der definierten Kriterien von den SV-Trägerexpertinnen und -experten und der Projektgruppe gemeinsam im Konsensverfahren bewertet. Dabei wurden nur sogenannte übergeordnete Indikatoren bewertet (z.B. Gesunde Lebensjahre, Vermeidbare Sterblichkeit, usw.). Detailindikatoren, die spezifisch den gesundheitlichen Outcome bei einzelnen Krankheiten oder für bestimmte Zielgruppen messen (z.B. Inanspruchnahme Prostatakrebscreening oder Zahngesundheit bei Kindern) werden erst in weiterer Folge bearbeitet (Kapitel 9: Weitere Schritte).

- **Externe Qualitätssicherung:**

Zur externen Qualitätssicherung wurde eine Projektbeschreibung mit der Bitte um Feedback an das European Observatory on Health Systems and Policies übermittelt. Ebenso wurde das Projekt der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vorgestellt und die GÖG wurde eingeladen, die Bewertung der Indikatoren nach denselben Kriterien wie die Trägerexpertinnen und -experten durchzuführen und dem Projekt als externes Feedback zur Verfügung zu stellen (Kapitel 7: Ergebnisse der Indikatorenbewertung).

6.2 Bewertungsschema für Indikatoren

In der Fachliteratur wurden Kriterien gesammelt, die für die Bewertung von Performance-Indikatoren empfohlen werden. Dabei wurde unterschieden zwischen inhaltlichen Bewertungskriterien hinsichtlich der grundsätzlichen Wichtigkeit bzw. der Interpretierbarkeit des Indikators und Fragen zur Durchführbarkeit der Messung und zur Qualität der Daten.

Einzelne Indikatoren wurden von der SV-ExpertInnenrunde im Zuge des Workshops bereits vor der Bewertung ausgeschieden, da der Indikator entweder als ungeeignet zur Outcome-messung klassifiziert wurde, oder in einen anderen Indikator integriert wurde oder als Detailindikator identifiziert und daher nicht bewertet wurde.

Die folgenden Bewertungskriterien wurden an sämtliche diskutierte Indikatoren angelegt. Im Kapitel 6.2.4 sind die Bewertungskriterien näher erläutert.

6.2.1 Inhaltliche Bewertung – Grundsätzliche Wichtigkeit des Indikators

- Gesundheitspolitische Relevanz
- Wichtigkeit (epidemiologisch): Prävalenz, Inzidenz, Sterblichkeit
- Beeinflussbarkeit durch das Gesundheitssystem
- Aussagekraft und Repräsentativität des Indikators für die Gesamt-Performance
- Validität
- Interpretierbarkeit

Jedes Kriterium wurde von 1 (=sehr gut) bis 4 (=sehr schlecht) bewertet. Anhand der Ergebnisse wurden die Indikatoren in drei Gruppen eingeteilt. Es erfolgte keine Gewichtung der Bewertungskriterien, d.h. für die Gruppierung war nicht ausschlaggebend, wo die kritischen Bewertungen erfolgt sind.

Die Gruppe 1 besteht aus Indikatoren, die zu allen inhaltlichen Kriterien nur positive Bewertungen erhalten haben. In der Gruppe 2 befinden sich Indikatoren mit einzelnen kritischen Bewertungen (Note 3). Die Gruppe 3 beinhaltet jene Indikatoren, die mehrere kritische Bewertungen erhalten haben und daher grundsätzlich nicht zur Umsetzung empfohlen werden.

6.2.2 Durchführbarkeit der Messung und Qualität der Daten

- Daten-Verfügbarkeit
- Daten-Aktualität
- Internationale und regionale⁵⁹ Vergleichbarkeit
- Ausreichende Fallzahlen für Statistiken und Stratifizierung
- Aufwand der SV für Datensammlung und Indikatorenberechnung
- Reliabilität: Statistische Messfehler und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse

Diese Kriterien wurden mit 0|1 (ja/nein) bzw. mit 0|1|2 (hoch/mittel/niedrig) bewertet. Anhand der Ergebnisse wurden die Indikatoren in vier Gruppen eingeteilt.

Indikatoren der Kategorie A erfüllen alle Kriterien positiv. In die Kategorie B wurden jene Indikatoren gegeben, die zwar berechnet werden können bzw. bereits berechnet werden, die jedoch in anderen Bereichen der Datenqualität Schwächen aufweisen. Kategorie C Indikatoren sind derzeit noch nicht verfügbar, die Erschließung bzw. Schaffung der Datengrundlage wird jedoch empfohlen, da der Indikator im Bereich der inhaltlichen Bewertung in der Gruppe 1 ist (nur positive Bewertungen). In der letzten Kategorie D befinden sich die Indikatoren, für deren Berechnung keine Daten vorliegen, deren Umsetzung aufgrund negativer inhaltlicher Bewertungen jedoch auch nicht empfohlen wird.

Das Schema der Indikatorenbewertung als Kombination der Resultate der inhaltlichen und der messtechnischen Bewertung ist auf der nächsten Seite dargestellt.

⁵⁹ Bundesländer

6.2.3 Schema der Indikatorenbewertung

LEGENDE		Durchführbarkeit der Messung & Datenqualität			
		Kategorie A = Alle Kriterien positiv erfüllt	Kategorie B = Indikator kann berechnet werden (wird berechnet), mit Schwächen (Messung, Aktualität, Aufwand)	Kategorie C = Indikator (Daten) nicht vorhanden, aber inhaltlich nur gute Bewertungen	Kategorie D = Daten nicht vorhanden und Schwächen laut inhaltlicher Bewertung
Inhaltliche Bewertung - Grundsätzliche Wichtigkeit des Indikators	Note I = nur positive Bewertungen ⁶⁰	Empfehlung	Empfehlung	Empfehlung zur Schaffung der Datengrundlage	Nicht empfohlen
	Note II = leicht negative Bewertungen ⁶¹	Empfehlung	Empfehlung, da kein besserer Indikator identifiziert werden konnte	Nicht empfohlen	Nicht empfohlen
	Note III = stark negative Bewertungen ⁶²	Nicht empfohlen	Nicht empfohlen	Nicht empfohlen	Nicht empfohlen
IV = Indikator wurde ausgeschieden		ungeeignet zur Outcome-Messung, oder in anderen Indikator integriert, oder als Detailindikator identifiziert und daher nicht bewertet			

⁶⁰ Nur Noten 1 oder 2

⁶¹ Einzelne Noten 3

⁶² Über 50% Noten 3 oder 4

6.2.4 Erläuterungen zu den Bewertungskriterien

Gesundheitspolitische Relevanz	Misst der Indikator die Erreichung von Gesundheitszielen (Rahmen-GZ, B-ZV, L-ZV)? Wird die Kennzahl in den Rahmen-GZ oder in den Bundes- und Landeszielsteuerungsverträgen erwähnt? Halten Sie den Indikator für gesundheitspolitisch relevant?
Wichtigkeit (epidemiologisch)	<p>Wie viele Menschen sind „betroffen“? Wie „gesundheits- oder lebensgefährlich“ ist das, worum es im Indikator geht?</p> <p>Soweit möglich sollte berücksichtigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävalenz • Inzidenz • Sterblichkeit <p>Betrifft der Indikator einen Bereich, in dem ein deutlicher Unterschied vermutet wird zwischen dem aktuellen und einem möglichen Level der Gesundheit (der Bevölkerung, der betroffenen Grundgesamtheit)?</p>
Beeinflussbarkeit durch das GS	Reagiert der Indikator vermutlich auf Veränderungen im Gesundheitssystem (Sensitivität)? Oder ist das, was der Indikator messen soll, überwiegend von nicht durch das Gesundheitssystem veränderbaren Einflussgrößen determiniert?
Aussagekraft - Repräsentativität des Indikators	Ist der Indikator ein guter Repräsentant für die Performance dieser Domain? Drückt der Indikator die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems in dem Bereich, dem er zugeordnet ist, gut aus?
Validität	<p>Zu berücksichtigen (soweit möglich):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist der Indikator inhaltlich gut operationalisiert? • Besteht ein Zusammenhang mit anderen Indikatoren dieser Domain? • Gibt es Zusammenhänge mit einem möglichen Gold-Standard? <p>Die Validität eines Indikators sagt aus, ob die Kennzahl ein gültiges Ergebnis dafür liefern kann, was in der inhaltlichen Beschreibung (im Namen des zu messenden Konstrukts) versprochen wird.</p> <p>Beispiel: Drückt das Ergebnis eines Intelligenztests tatsächlich valide die Intelligenz der Testperson aus, oder kann Intelligenz gar nicht umfassend genug messbar gemacht werden?</p>
Interpretierbarkeit	<p>Bedeutet höhere/niedrigere Werte eine Verbesserung oder eine Verschlechterung?</p> <p>Ist der Indikator inhaltlich sinnvoll interpretierbar?</p>
Verfügbarkeit	Sind die benötigten Daten aktuell bereits verfügbar? Oder müssen die benötigten Daten für den Indikator extra, separat erhoben werden?
Aktualität	Sind die Daten regelmäßig genug verfügbar? Sind die Abstände zwischen den Aktualisierungen der Rohdaten für die Indikatorenberechnung

	klein genug?
Vergleichbarkeit möglich	Sind regionale Vergleiche (auf Bundeslandebene) (statistisch) sinnvoll möglich?
	Sind internationale Vergleiche (statistisch) sinnvoll möglich? Wird der Indikator auch in anderen Ländern erhoben? Wird der Indikator bereits für internationale Vergleiche verwendet?
Ausreichende Fallzahlen für Statistiken und Stratifizierung	Treten die zu beobachtenden Daten in statistisch ausreichender Menge auf? Insbesondere bei Bundeslandvergleichen, oder weiteren nötigen Stratifizierungen z.B. nach Alter und Geschlecht? Oder handelt es sich um sehr seltene Ereignisse?
Aufwand für Datensammlung und Berechnung	Wie hoch wird der personelle Aufwand für die SV bei der Erhebung → Berechnung des Indikators eingeschätzt?
	Wie hoch wird der finanzielle Aufwand für die SV bei der Erhebung → Berechnung des Indikators eingeschätzt?
Reliabilität – Zuverlässigkeit	Messfehler? Wird erwartet, dass die benötigten Daten mit zu großen Fehlern behaftet sind? Wie zuverlässig sind die Rohdaten? Durch wie viele Hände (EDV-Systeme) gehen die Daten, bevor sie zum Indikator verarbeitet werden können?
	Reproduzierbare Ergebnisse? Führt eine wiederholte Datenerhebung mit den beschriebenen Instrumenten (zeitnah, ohne Intervention) zu denselben (ähnlichen, vergleichbaren) Ergebnisse? Oder ist das Messinstrument nicht gut geeicht?

7 Ergebnisse

7.1 Beschreibung des Frameworks

Eine gute Performance bedeutet unter anderem, dass die Ziele des Gesundheitssystems erreicht werden. Aus diesem Grund wurden zunächst übergeordnete Ziele definiert und diskutiert, wie diese messbar gemacht werden können.

Die übergeordneten Ziele des Gesundheitssystems aus Sicht der Sozialversicherung lauten:

- Lange Leben bei guter Gesundheit
- Soziale Sicherheit und Chancengleichheit⁶³
- Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten bzw. der Bevölkerung⁶⁴
- Gute Qualität

Diese Ziele sind komplexe Konstrukte, d.h. hinter den Begriffen stehen zu viele unterschiedliche Konzepte mit vielen Dimensionen, die sich meist nicht direkt beobachten lassen. Es ist eine feinere Untergliederung des Gesundheitssystems und seiner Ziele nötig, damit Daten für interpretierbare Indikatoren erhoben werden können.

Im Zuge der Diversifizierung der zu messenden Ziele wurden im Rahmen des Projekts sieben Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems definiert, in denen outcomeorientierte Performancemessung erfolgen soll.

Bereiche der Performancemessung aus Sicht der Sozialversicherung:

1. Verringerung verfrühter Sterblichkeit
2. Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen
3. Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse
4. Verbesserung von Zugang und Fairness
5. Förderung der Gesundheitskompetenz
6. Erhöhung der Patientensicherheit
7. Hohe Zufriedenheit

⁶³ Fairness in Finance and Access

⁶⁴ Erfüllt das System die Erwartungen z.B. bezüglich Arzt-Patienten-Kommunikation, Menschlichkeit, Patientenzentriertheit, Empowerment, Gesundheitskompetenz, etc.

Dem Gesundheitssystem werden außerdem zwei Funktionen zugeschrieben, welche einen wesentlichen Beitrag zur Zielerreichung liefern:

- Gesundheitsförderung und Prävention: das erklärte Ziel besteht darin, die Gesundheit zu stärken, indem pathogene Prozesse vermieden und salutogene gefördert werden.
- Kuratives System/Krankenbehandlung: Ziel ist es, die Krankheit zu behandeln, indem die Folgen pathogener Prozesse vermindert werden.

Bereiche und Funktionen wurden vom Projektteam zu einer zweidimensionalen Tabelle kombiniert. Diese Tabelle wird als Framework bezeichnet, weil sie das theoretische Rahmengerüst der Performancemessung darstellt.

	Funktion a	Funktion b
Bereich 1	Feld 1a	Feld 1b
Bereich 2	Feld 2a	Feld 2b
...
Bereich 7	Feld 7a	Feld 7b

Abbildung 3: Framework, schematische Darstellung

Mithilfe des erstellten Frameworks wurden die Funktionen und Aufgabenbereiche des Gesundheitssystems in ein analytisches Rahmenwerk eingeteilt. Durch diese künstliche Reduktion der Komplexität des Gesundheitssystems auf der Ebene der Systemziele sollte Übersichtlichkeit erzeugt werden um zu verhindern, dass relevante weiße Flächen auf der Performance-Landkarte entstehen. Zusätzlich wird mit Hilfe des Frameworks eine Brücke geschlagen zwischen den Werten des Gesundheitssystems und den zahlreichen Indikatoren. Performancemessung braucht mehrere Indikatoren⁶⁵, deren Zweck und Zusammenhang im Framework definiert sind.

In dieses Framework wurden in weiterer Folge Indikatoren, die für internationale Performancevergleiche von übergeordneten Zielen bereits üblicherweise verwendet werden, eingeordnet. Außerdem wurden jene Indikatoren berücksichtigt, die in der Publikation der Rahmen-Gesundheitsziele und dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag im Steuerungsbereich Ergebnisorientierung dezidiert genannt werden.

Auf der folgenden Seite ist das Framework mit den Funktionen und Zielbereichen und den sich daraus ergebenden Aufgaben für das Gesundheitssystem befüllt dargestellt. Bezüge zu den Rahmen-Gesundheitszielen und dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag sind hervorgehoben. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die jeweiligen Indikatoren an dieser Stelle noch nicht enthalten. Für eine Gesamtschau inklusive der bewerteten und empfohlenen Indikatoren verweisen wir auf Kapitel 7.5.

⁶⁵ Stellen sie sich ein Auto vor, das mit Hilfe von Berechnungen alle Informationen für den Fahrer auf eine Kennzahl reduziert, mit der das Auto nun gesteuert werden soll. Würden Sie das Auto steuern wollen?

7.2 Framework – Übersicht ohne Indikatoren

Übergeordnete Ziele		Lange leben bei guter Gesundheit Soziale Sicherheit und Chancengleichheit Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten Gute Qualität	
Funktionen des Gesundheitssystems		Gesundheit stärken <i>vermeide pathogene und fördere salutogene Prozesse</i>	Krankheit behandeln <i>vermindere die Folgen pathogener Prozesse [siehe Rahmen-GZ 10]</i>
Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	1. Verringerung verfrühter Sterblichkeit	1. Verbessere die Gesundheitsdeterminanten <i>[siehe BZV 8.1 und 8.4.1] [siehe Rahmen-GZ 1,4,7,8]</i>	1. Vermeide vom Krankenbehandlungssystem beeinflussbare verfrühte Sterblichkeit
	2. Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen <i>[siehe Rahmen-GZ 9]</i>	2. Verbessere die Lebensqualität und präventive Betreuung chronisch Kranker	2. Verbessere die Betreuung chronisch Kranker ⁶⁶ <i>[siehe BZV 8.1]</i>
	3. Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse	3. Hilf bei der Vermeidung von kurzen Krankheits-episoden	3. Hilf bei der adäquaten Behandlung und Wiederherstellung des Alltags nach akuten Krankheits-episoden
	4. Zugang und Fairness <i>[siehe Rahmen-GZ 2]</i>	4. Ermögliche den Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten	4. Ermögliche den Zugang zu medizinischen Leistungen
	5. Förderung der Gesundheits-kompetenz <i>[siehe BZV 8.1] [siehe Rahmen-GZ 3]</i>	5. Stärke die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention	5. Stärke die System- und krankheitsbezogene Gesundheitskompetenz
	6. Erhöhung der Patientensicherheit	6.	6. Achte auf eine sichere Behandlung und Umgebung <i>[siehe BZV 8.3]</i>
	7. Hohe Zufriedenheit <i>[siehe BZV 8.4]</i>	7. Zufriedenheit mit präventivem und gesundheitsförderlichem Angebot	7. Zufriedenheit mit medizinischen Leistungen und gut empfundene Behandlung <i>[siehe BZV 8.4]</i>

⁶⁶ Chronische Krankheiten sind definiert als: COPD, Asthma, Cardio-Vaskuläre Krankheiten, psychische Krankheiten, Diabetes

7.3 Indikatoren zur Bewertung

Die Literaturrecherche ergab eine Liste mit an die 400 möglichen Indikatoren verschiedener Art. Von postoperativen Stürzen in Krankenhäusern über Anzahl der Arztkonsultationen je Einwohner bis hin zur Prävalenz von Fettleibigkeit und Höhe der Selbstmordrate war ein breites Spektrum unterschiedlichster Kennzahlen vertreten.

Das Projektteam hatte als selbst gestecktes Ziel, für jedes Feld des Frameworks nur wenige übergeordnete Indikatoren zur outcomeorientierten Performancemessung vorzuschlagen, die es ermöglichen relativ rasch einen guten Überblick über die Performance des Gesundheitssystems zu gewinnen. Diese Indikatoren werden als übergeordnete Indikatoren bezeichnet.

Detailindikatoren, die sich auf einzelne Krankheiten oder spezielle ausgewählte Zielgruppen beziehen, wurden in diesem Arbeitsschritt nicht verwertet.⁶⁷ Außerdem wurden nur Indikatoren für die weitere Arbeit verwendet, die Outcomemessung ermöglichen. Insgesamt konnten auf diese Art und Weise 46 potenzielle übergeordnete Indikatoren in die 14 Felder (7 Bereiche à 2 Funktionen) des Frameworks zugeordnet werden.⁶⁸ Die Beschreibungen dieser Indikatoren sind dem Berichtsanhang zu entnehmen.

Die Indikatoren wurden vom Projektteam gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern mehrerer SV-Träger im Rahmen eines zweitägigen Arbeitstreffens bewertet. Die verwendeten Bewertungskriterien und das dazugehörige Ergebnisschema sind in Kapitel 6.2 erläutert.

7.4 Ergebnisse der Indikatorenbewertung - Übergeordnete Indikatoren

Von den 46 übergeordneten Outcome-Indikatoren wurden beim Arbeitstreffen mit den SV-Trägerexpertinnen und -experten drei Indikatoren als Detailindikatoren identifiziert und daher nicht bewertet. Ein weiterer Indikator wurde bereits vor der Bewertung - bei der Besprechung der Indikatorenbeschreibung - als ungeeignet eingestuft und nicht bewertet. Drei weitere wurden in andere Indikatoren integriert (mit anderen Indikatoren kombiniert), und in neuer Konstellation bewertet.

Das Ergebnis der Indikatorenbewertung führte dazu, dass in zwei Bereichen keine Indikatoren empfohlen werden. In den Bereichen *Betreuung chronisch Kranker* und *Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten* konnten keine outcomeorientierten übergeordneten Performanceindikatoren identifiziert werden, die ausreichend positive Bewertungen der SV-Trägerexpertinnen und -experten erhalten haben (siehe 7.5). Hier besteht entweder Adjustierungsbedarf bei den im Projekt bewerteten Indikatoren oder es müssten neue Indikatoren entwickelt werden. Konkret wird nun die Umsetzung von insgesamt 23 Indikatoren zur Performancemessung empfohlen.

⁶⁷ Diese werden im Grundlagenbericht II bearbeitet.

⁶⁸ Ausnahme: Funktion „Gesundheit stärken“ des Bereichs Erhöhung der Patientensicherheit; da es in der Gesundheitsförderung und Prävention definitionsgemäß noch keine Patientinnen und Patienten gibt. Wir danken dem Projektleitungsausschuss an dieser Stelle für den Input, dass z. B. bei der präventiven Koloskopie die Bezeichnungen Patientin und Patient durchaus zutreffend sind und verweisen für diese Thematik auf die Diskussion der Detailindikatoren im Grundlagenbericht II.

7.4.1 Empfohlene und nicht empfohlene Indikatoren

Es folgen zwei Auflistungen der übergeordneten Indikatoren. Zum einen jene, welche aufgrund der Ergebnisse der Bewertung durch die SV-Trägerexpertinnen und –experten, für die Umsetzung in einer outcomeorientierten Performancemessung empfohlen werden. Zum anderen die nicht empfohlenen Indikatoren. Für eine nähere Beschreibung der Indikatoren verweisen wir auf den Berichtsanhang⁶⁹. Im Kapitel 7.5 sind die Indikatoren zur Gesamtschau in das Framework eingefüllt.

Empfohlene Indikatoren

- Lebenserwartung
- Gesunde Lebensjahre bei Geburt für internationalen Vergleich
- Gesunde Lebensjahre bei Geburt für Bundesländervergleich
- Vermeidbare Sterblichkeit vor 75
- Verlorene Lebensjahre vor 70
- Durch vermeidbare Sterblichkeit verlorene Lebensjahre
- Subjektive Lebensqualität chronisch Kranker
- Anteil der Beschäftigten, die ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen
- Durchimpfungsrate Influenza bei über 60jährigen
- Durchimpfungsrate bei Kindern: MuKiPa
- Anteil der Patientinnen und Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt
- Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch
- Out of Pocket Zahlungen
- Wartezeiten
- Genereller Health Literacy Index
- Prävention Health Literacy Index
- Health Care Literacy Index
- Schwere oder tödliche Zwischenfälle im Krankenhaus
- Postoperative Komplikationen
- Subjektiver Gesundheitsstatus der Bevölkerung
- Zufriedenheit mit medizinischer Versorgung im Bundesland
- Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt
- Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung: Allgemeinmedizin, extramural

⁶⁹ Die Beschreibung der Indikatoren beinhaltet den im Zuge der Projektrecherchen gewonnen Kenntnisstand des Projektteams. Auf eine abschließende Qualitätssicherung dieser Beschreibungen durch externe Expertinnen und Experten musste infolge terminlicher Engpässe leider verzichtet werden. Irrtümer sind demnach vorbehalten.

Nicht empfohlene Indikatoren

- Anteil chronisch Kranker in präventiver Behandlung
- Years lived with disabilities bei chronisch Kranken
- Anzahl anerkannte Berufskrankheiten
- Verlorene Lebensjahre von chronisch Kranken
- Vermeidbare stationäre Krankenhausaufenthalte von chronisch Kranken
- Wiederaufnahmerate Schizophrenie und Bipolare Störungen
- Anzahl Betriebe mit BGF-Gütesiegel
- Anzahl anerkannte Schadensfälle
- Durchimpfungsrate FSME
- Patient-reported Outcome Measures (PROM) für elektive Eingriffe
- Krankenhaus-Wiederaufnahmerate nach 14 Tagen
- Inanspruchnahme Krebscreening
- Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchung
- Wartezeiten im niedergelassenen Bereich
- Wartezeiten auf OP-Termin
- Anteil, der länger als 10 Minuten zum Hausarzt braucht
- Anteil, der länger als 30 Minuten ins nächste KH braucht
- Gesundheitsförderung Literacy Index
- Subjektive Einschätzung unerwünschter Ereignisse
- Gemeldete Fehler oder Beinahe-Fehler
- Zufriedenheit mit Gesundheitsförderungs- oder Präventionsangeboten
- Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Im folgenden Kapitel 7.5. erfolgt eine gemeinsame Darstellung der übergeordneten Outcome-Indikatoren im Performance-Framework für das österreichische Gesundheitssystem aus Sicht der Sozialversicherung.

Externe Qualitätssicherung durch die Gesundheit Österreich GmbH

Wie weiter oben im Kapitel 6.1 erwähnt, wurden der Gesundheit Österreich GmbH die Beschreibungen der übergeordneten Indikatoren und das Bewertungsschema zur Verfügung gestellt mit der Bitte, unabhängig von den Ergebnissen des Bewertungsprozesses durch die SV-Expertinnen und –experten, die Indikatorenbewertung durchzuführen. Die Bewertungsergebnisse der GÖG wurden anhand desselben Auswertungsschemas zusammengefasst, wie die internen SV-Ergebnisse (Kapitel 6.2.3).

Ein detaillierter Vergleich einzelner Noten kann an dieser Stelle nicht erfolgen, da zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht ausreichend Gelegenheit war, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten abschließend zu diskutieren. Als Hinweis sei angemerkt, dass 17 der 23 empfohlenen Indikatoren auch von der GÖG ausreichend gute Bewertungen erhalten haben, um zur Umsetzung empfohlen werden zu können. Die Übereinstimmung der SV-internen und externen Expertinnen und Experten hinsichtlich der Empfehlungen der übergeordneten Outcome-Indikatoren kann als relativ hoch bezeichnet werden. Unterschiede gab es zum Teil bei der Einschätzung der aktuellen Verfügbarkeit einzelner Indikatoren. Wobei die GÖG hier meist kritischer war, wenn die Frequenz der Datenaktualisierung relativ niedrig ist, bzw. wenn es noch nicht als gegeben betrachtet werden kann, dass die benötigten Daten tatsächlich auch in Zukunft regelmäßig erhoben werden.

7.5 Konkrete Ergebnisse – Framework und übergeordnete Outcome-Indikatoren

Ziele		Lange leben bei guter Gesundheit Soziale Sicherheit und Chancengleichheit Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten Gute Qualität	
		Funktionen des Gesundheitssystems	
		Gesundheit stärken <i>vermeide pathogene und fördere salutogene Prozesse</i>	Krankheit behandeln <i>vermindere die Folgen pathogener Prozesse</i> <i>[siehe Rahmen-GZ 10]</i>
Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	1. Verringerung verfrühter Sterblichkeit	<p>1. Verbessere die Gesundheitsdeterminanten <i>[siehe BZV 8.1 und 8.4.1] [siehe Rahmen-GZ 1,4,7,8]</i></p> <p>Empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Lebenserwartung bei Geburt 1.2. Gesunde Lebensjahre HLY bei Geburt (EU-SILC) 1.3. Gesunde Lebensjahre HLY bei Geburt (ATHIS) <p>Bewertet und nicht empfohlen: <i>Alle bewerteten Indikatoren werden empfohlen</i></p>	<p>1. Vermeide vom Krankenbehandlungssystem beeinflussbare verfrühte Sterblichkeit</p> <p>Empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Vermeidbare Sterblichkeit MAHCS vor 75 1.2. Verlorene Lebensjahre PYLL (gemäß OECD vor 70) 1.3. Durch vermeidbare Sterblichkeit (MAHCS) verlorene Lebensjahre (PYLL) <p>Bewertet und nicht empfohlen: <i>Alle bewerteten Indikatoren werden empfohlen</i></p>
	2. Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen <i>[siehe Rahmen-GZ 9]</i>	<p>2. Verbessere die Lebensqualität und präventive Betreuung chronisch Kranker</p> <p>Empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Subjektive Lebensqualität <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.2. Anteil Chroniker in präventiver Behandlung 2.3. YLD (Years Lived with Disabilities) bei Chronikern 2.4. Anzahl anerkannte Berufskrankheiten AUVA <i>(integriert in 3.5)</i> 	<p>2. Verbessere die Betreuung chronisch Kranker⁷⁰ <i>[siehe BZV 8.1]</i></p> <p>Empfohlen: <i>Keiner der bewerteten Indikatoren wird empfohlen</i></p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Potential Years of Life Lost (PYLL) bei Chronikern 2.2. Vermeidbare stationäre Krankenhausaufnahmen von Chronikern: ACSC Chroniker 2.3. Wiederaufnahmerate Schizophrenie und Bipolare Störungen
		HLY – Healthy Life Years ATHIS – Austrian Health Interview Survey SILC – Statistics on Income and Living Conditions	MAHCS – Mortality Amenable to the Health Care System PYLL – Potential Years of Life Lost ACSC – Ambulatory Care Sensitive Conditions

⁷⁰ Chronische Krankheiten sind definiert als: COPD, Asthma, Cardio-Vaskuläre Krankheiten, psychische Krankheiten, Diabetes

		Gesundheit stärken	Krankheit behandeln <i>[siehe Rahmen-GZ 10]</i>
Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	3. Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse	<p>3. Hilf bei der Vermeidung von kurzen Krankheitsepisoden</p> <p>Empfohlen:</p> <p>3.1. Anteil der Beschäftigten, die Ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen (European Working Conditions Survey)</p> <p>3.2. Durchimpfungsrate Influenza bei über 60 jährigen</p> <p>3.3. Durchimpfungsrate Kinder: MuKiPa</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p>3.4. Anzahl Betriebe mit BGF-Gütesiegel</p> <p>3.5. Anzahl anerkannte Schadensfälle AUVA</p> <p>3.6. Durchimpfungsrate FSME</p>	<p>3. Hilf bei der adäquaten Behandlung und Wiederherstellung des Alltags nach akuten Krankheitsepisoden</p> <p>Empfohlen:</p> <p>3.1. Anteil der Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung)</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p>3.2. Patient-reported Outcome Measures (PROM) für elektive Eingriffe: Hüft-TEP, Knie-TEP, Leistenhernie, Varizen, z.B. mittels Delta EQ-5D</p> <p>3.3. Krankenhaus-Wiederaufnahmerate innerhalb von 14 Tagen (A-IQI)</p>
	4. Zugang und Fairness <i>[siehe Rahmen-GZ 2]</i>	<p>4. Ermögliche den Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten</p> <p>Empfohlen: <i>Keiner der bewerteten Indikatoren wird empfohlen</i></p> <p>Verschoben zu den Detailindikatoren:</p> <p>4.1. Krebscreening Inanspruchnahme (Mamma, Kolon, Cervix)</p> <p>4.2. Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchung (BIG)</p>	<p>4. Ermögliche den Zugang zu medizinischen Leistungen</p> <p>Empfohlen:</p> <p>4.1. Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch</p> <p>4.2. economic access = out of pocket as a share of final household consumption</p> <p>4.3. Wartezeiten (extramural, ambulant, stationär: OP)</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p>4.4. Zeitraum zwischen Terminvereinbarung und tatsächlicher Konsultation beim niedergelassenen Leistungserbringer (<i>integriert zu gemeinsamem Wartezeiten-Indikator 4.3</i>)</p> <p>4.5. Zeitraum zwischen Terminvereinbarung und OP (elektive Eingriffe) (<i>integriert zu gemeinsamem Wartezeiten-Indikator 4.3</i>)</p> <p>4.6. Anteil von Haushalten die mehr als 10 min zum Allgemeinarzt brauchen (ÖSG-Zielwert)</p> <p>4.7. Anteil von Haushalten die mehr als 30 Min zum Krankenhaus brauchen</p>

MuKiPa – Mutter-Kind-Pass
 AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

		Gesundheit stärken	Krankheit behandeln <i>[siehe Rahmen-GZ 10]</i>
Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	5. Förderung der Gesundheitskompetenz <i>[siehe BZV 8.1]</i> <i>[siehe Rahmen-GZ 3]</i>	<p>5. Stärke die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention</p> <p>Empfohlen:</p> <p>5.1. Genereller Health Literacy Index (HLS-EU) 5.2. Prävention Literacy Index (HLS-EU)</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p>5.3. Gesundheitsförderung Literacy Index (HLS-EU)</p>	<p>5. Stärke die System- und krankheitsbezogene Gesundheitskompetenz</p> <p>Empfohlen:</p> <p>5.1. Health Care Literacy Index (HLS-EU)</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p><i>Alle bewerteten Indikatoren werden empfohlen</i></p>
	6. Erhöhung der Patientensicherheit	<p>6. Keine „Patienten“ im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention</p>	<p>6. Achte auf eine sichere Behandlung und Umgebung <i>[siehe BZV 8.3]</i></p> <p>Empfohlen:</p> <p>6.1. Schwere oder tödliche Zwischenfälle 6.2. Postoperative Komplikationen (Risiko-adjustiert)</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p>6.3. Subjektive Einschätzung unerwünschter Ereignisse</p> <p>Als ungeeignet eingestuft und nicht bewertet:</p> <p>6.4. Gemeldete Fehler oder Beinahe-Fehler</p>
	7. Hohe Zufriedenheit <i>[siehe BZV 8.4]</i>	<p>7. Zufriedenheit mit präventivem und gesundheitsförderlichem Angebot</p> <p>Empfohlen:</p> <p>7.1. Subjektiver Gesundheitsstatus der Bevölkerung (ATHIS)</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p>7.2. Zufriedenheit der Teilnehmer mit Gesundheitsförderungs- oder Präventionsangeboten (ATHIS neu)</p>	<p>7. Zufriedenheit mit medizinischen Leistungen und gut empfundene Behandlung <i>[siehe BZV 8.4]</i></p> <p>Empfohlen:</p> <p>7.1. Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (SV-Kundenbefragung) 7.2. Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung) 7.3. Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung (Allgemeinmedizin extramural) (sektorenübergreifende Patientenbefragung)</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p>7.4. Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem (ATHIS neu)</p>

HLS – Health Literacy Survey

8 Zusammenfassung und Empfehlungen

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse so kurz wie möglich und so ausführlich wie nötig zusammengefasst und auf die daraus resultierenden Empfehlungen hingewiesen.

8.1 Empfehlungen für einzelne Indikatoren

Unter den 23 zur Umsetzung aktuell empfohlenen Indikatoren (Kapitel 7.4.1) befinden sich einige, die bereits routinemäßig erhoben und veröffentlicht werden. Manche davon, wie z.B. der Anteil der Beschäftigten, der die Gesundheit am Arbeitsplatz gefährdet sieht, gehören nicht zum typischen Aufgabenfeld der Sozialversicherung oder des Gesundheitssystems. Für diese Indikatoren ist demnach eine Vernetzung im Sinne einer Health in all Policies mit anderen Politik- oder Verwaltungsbereichen geboten, um den Zugang zu geeigneten Outcomes-Indikatoren aus diesen Bereichen offen zu halten bzw. um gestalterisch an Indikatorberechnung teilhaben zu können. Ebenso sind unter den 23 empfohlenen Indikatoren auch einige, die bislang nur einmalig oder wenige Male verwendet wurden. Manche der empfohlenen Indikatoren gibt es bis dato nur in der Theorie. Hierfür sind im Weiteren konkrete Umsetzungsprojekte nötig. Für Details verweisen wir auf den Anhang mit den Indikatorenbeschreibungen.

Die Umsetzung folgender Indikatoren setzt voraus, dass die nötigen Datengrundlagen geschaffen werden bzw. eine genauere Operationalisierung erfolgt.⁷¹

- Subjektive Lebensqualität chronisch Kranker
- Wartezeiten: extramural, ambulant, stationär
- Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung: Allgemeinmedizin, extramural (sektorenübergreifende Patientenbefragung)

Folgende Indikatoren wurden bislang erst einmal oder wenige Male erhoben. Für eine routinemäßige Messung sind demnach ebenfalls Anstrengungen nötig, um die Messungen in ausreichender Frequenz aktualisieren zu können.

- Anteil der Patientinnen und Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung)
- Genereller Health Literacy Index
- Prävention Health Literacy Index
- Health Care Literacy Index
- Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung)

Auf der folgenden Seite ist noch einmal das Framework angeführt. Zur zusammenfassenden Übersicht sind darin nur die empfohlenen Indikatoren enthalten.

⁷¹ Vgl. Kapitel 6.2.3 Schema der Indikatorenbewertung, Bereich I-C

8.2 Vereinfachtes Framework mit empfohlenen Indikatoren

Funktionen des Gesundheitssystems		Gesundheit stärken <i>vermeide pathogene und fördere salutogene Prozesse</i>	Krankheit behandeln <i>vermindere die Folgen pathogener Prozesse</i>
Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	Verringerung verfrühter Sterblichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenserwartung bei Geburt • Gesunde Lebensjahre HLY bei Geburt (EU-SILC) • Gesunde Lebensjahre HLY bei Geburt (ATHIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidbare Sterblichkeit MAHCS vor 75 • Verlorene Lebensjahre PYLL (gemäß OECD vor 70) • Durch vermeidbare Sterblichkeit (MAHCS) verlorene Lebensjahre (PYLL)
	Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Lebensqualität 	
	Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Beschäftigten, die Ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen (European Working Conditions Survey) • Durchimpfungsrate Influenza bei über 60 jährigen • Durchimpfungsrate Kinder: MuKiPa 	<ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung)
	Zugang und Fairness		<ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch • economic access = out of pocket as a share of final household consumption • Wartezeiten (extramural, ambulant, stationär: OP)
	Förderung der Gesundheitskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Genereller Health Literacy Index (HLS-EU) • Prävention Literacy Index (HLS-EU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Health Care Literacy Index (HLS-EU)
	Erhöhung der Patientensicherheit		<ul style="list-style-type: none"> • Schwere oder tödliche Zwischenfälle • Postoperative Komplikationen (Risiko-adjustiert)
	Hohe Zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektiver Gesundheitsstatus der Bevölkerung (ATHIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung (SV-Kundenbefragung) • Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung) • Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung (Allgemeinmedizin extramural) (sektorenübergreifende Patientenbefragung)

9 Weitere Schritte

Der vorliegende **Grundlagenbericht I** enthält theoretische Grundlagen zum Thema Performancemessung und die bisherigen konkreten Ergebnisse in Form des erarbeiteten Frameworks mit den übergeordneten Indikatoren. Ferner wird der dazugehörige Projektverlauf beschrieben und Potenziale und Limitationen des gewählten Ansatzes aufgezeigt. Mit dem Grundlagenbericht I wird das dazugehörige SV-Ziel der BSC für das Jahr 2013 erreicht. Der Begriff Grundlagenbericht I wird gewählt, da das Projekt hiermit nicht als abgeschlossen angesehen wird. In darauf folgenden Arbeitsschritten sollen **Detailindikatoren**⁷², welche spezifische Aspekte eines Bereichs aufgreifen, definiert und abgebildet werden. Dies dient der genaueren Sichtbarmachung von Problembereichen. Die Auswahl dieser Indikatoren, ihre Zuordnung in das Framework, ihre Bewertung und die Empfehlungen zur Umsetzung erfolgen im weiteren Projektverlauf in Abstimmung mit Expertinnen und Experten außerhalb des Projektteams.

Die Ausweitung des Projekts auf Detailindikatoren ist geplant für das erste Halbjahr 2014 und wird die Steuerungsmöglichkeiten, welche sich aus dieser Outcomemessung ergeben, deutlich erhöhen. Die Empfehlung dieser Detailindikatoren erfolgt im Zuge eines **Grundlagenberichts II**, in welchem auch die Frage nach geeigneten Vergleichsländern zum Indikatorenbenchmark diskutiert werden soll. Darüber hinaus sollen in einem weiteren Schritt Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Outcomemessung hin zur Performancemessung erarbeitet werden.

Die Grundlagenberichte I und II werden der Fachgruppe Public Health zur Verfügung gestellt, die mit der Umsetzung des operativen Ziels 8.1.2 im Steuerungsbereich Ergebnisorientierung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags

Regelmäßige, systematische, international vergleichbare und soweit erforderlich regionalisierte Messung der Outcomes im Gesundheitssystem etablieren

insbesondere 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

beauftragt ist.

⁷² z. B.: Kindersterblichkeit, DMFT, Herz-Kreislauf-Mortalität, Adipositas-Prävalenz, etc.

Anhang

Indikatoren-Beschreibungen

Die Beschreibung der Indikatoren beinhaltet den im Zuge der Projektrecherchen gewonnen aktuellen Kenntnisstand des Projektteams. Auf eine abschließende Qualitätssicherung dieser Beschreibungen durch externe Expertinnen und Experten musste infolge terminlicher Engpässe leider verzichtet werden. Irrtümer sind demnach vorbehalten. Ebenso ist es möglich, dass sich bei einzelnen Indikatoren Änderungen durch die jeweils dafür zuständigen Institutionen ergeben. Über die Dauer der Gültigkeit der einzelnen Beschreibungen kann daher keine Aussage getroffen werden.

Mit folgenden Institutionen gab es im Zuge unserer Recherchen Austausch per eMail zu einzelnen Indikatoren oder Datenerhebungen. Wir bedanken uns für die Unterstützung: Gesundheit Österreich GmbH, Statistik Austria, Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research, NÖGUS (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds), Amt der Oberösterreichischen Landesregierung – Direktion Gesundheit und Soziales, Bundesministerium für Gesundheit.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Lebenserwartung bei Geburt
Langform der Bezeichnung	Lebenserwartung bei Geburt
Zuordnung im Framework	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Gesundheit stärken Anmerkung: Sind alle Gesundheitsdeterminanten auf Ihrem Optimum, ist die Lebenserwartung hoch.
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator Lebenserwartung bei Geburt beschreibt die Anzahl der zum Zeitpunkt der Geburt statistisch zu erwartenden Lebensjahre. Es ist ein Indikator auf Bevölkerungsebene, der aus den Angaben in der sog. Sterbetafel ermittelt wird.
Datenquellen	Sterbetafel von Statistik Austria (kombiniert aus Statistik der Sterbefälle und dem Bevölkerungsstand)
Aktualität und Periodizität	Die Sterbetafeln werden je Bundesland jährlich berechnet.
Berechnungsmethode	Man benötigt grundsätzlich 2 Informationen <ul style="list-style-type: none"> • Informationen über die Mortalität = Anzahl der Verstorbenen (pro Kalenderjahr) je Altersstufe (0 bis 100) und • die Anzahl der Lebenden in der jeweiligen Altersstufe (laut Bevölkerungsstatistik) <p>Beide Informationen müssen aus demselben Jahr (denselben Jahren) sein. Daraus wird für jede Altersstufe (Alterskategorie) durch Division der Anzahl der Verstorbenen durch die Anzahl der Lebenden die Wahrscheinlichkeit (=rel. Häufigkeit) berechnet, in der jeweiligen Alterskategorie zu versterben. Umgelegt auf eine 100.000 Standard-Population ergibt sich daraus die Sterbetafel.</p> <p>Die Lebenserwartung bei Geburt ist die fernere Lebenserwartung im Alter von 0 Jahren.</p>
Stratifizierbarkeit	Geschlecht Bundesland Üblich sind Lebenserwartung bei Geburt, (mit 50 Jahren) und mit 65 Jahren
Verwendung	Statistik Austria, Eurostat, WHO, OECD, etc.
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_maszahlen/sterbetafeln/index.html
Anmerkungen	Statistik Austria (04.10.2013): „Seit dem Jahr 2002 beruht die Bevölkerungsstatistik (Bevölkerungsstand) auf dem Bevölkerungsregister der Statistik Austria, welches aus dem Zentralen Melderegister gespeist wird. Sie steht somit weitgehend auf der gleichen Basis wie die Registerzählung (zuletzt 2011). Somit sind nach einer Registerzählung keine gravierenden Revisionen der Bevölkerungszahlen notwendig und die jährlichen Sterbetafeln bilden die Sterblichkeitsentwicklung deutlich besser ab. Tatsache ist aber weiterhin, dass die jährlichen Sterbetafeln nur die Sterblichkeitsverhältnisse eines Kalenderjahres abbilden und somit Zufallsschwankungen unterworfen sind. Auch sind die Sterbewahrscheinlich-

	<p>keiten nicht über den Altersverlauf geglättet (ausgeglichen), wie in den dreijährigen Tafeln rund um eine Zählung. Die Sterbetafel 2012 wird somit aus den Gestorbenen des Jahres 2012 und dem Bevölkerungsstand (Jahresdurchschnitt) gemäß Bevölkerungsregister berechnet und beruht somit auch auf der letzten Registerzählung 2011 und den inzwischen erfolgten Bevölkerungsveränderungen durch Geburten, Sterbefälle und Wanderungen. Die Qualität der Registerzählung ist sehr hoch, da sie auf Hauptwohnsitzmeldungen und zusätzlichen Checks bzgl. der Wohnsitzqualität beruht. Die Registerzählung beruht natürlich auf einem anderen Konzept als die Volkszählungen, allerdings sind daraus keine erkennbaren Qualitätsunterschiede in den Sterbetafeln abzuleiten.“</p>
--	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators	HLY bei Geburt (EU-SILC)
Langform der Bezeichnung	Healthy Life Years bei Geburt (Berechnung EU-SILC) = Gesunde Lebensjahre bei Geburt(Berechnung EU-SILC)
Zuordnung im Framework	<p>Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Gesundheit stärken</p> <p>Anmerkung: HLY bei Geburt messen den langfristigen kombinierten Outcome aller Gesundheitsdeterminanten.</p>
<p>Definition des Indikators</p> <p>(textliche Beschreibung)</p>	<p>Der Indikator HLY bei Geburt („Gesunde Lebensjahre bei Geburt“) beschreibt die Anzahl der zum Zeitpunkt der Geburt statistisch zu erwartenden Lebensjahre ohne gesundheitliche Einschränkung.</p> <p>Er gehört zur Gruppe der Indikatoren, die gesundheitsbezogene Lebenserwartung messen (HALE, Health-Adjusted Life Expectancy).</p> <p>HLY ist ein zusammengesetzter Indikator auf Bevölkerungsebene, der die Lebenserwartung bei Geburt (laut Sterbetafel) mit der sog. Krankheitslast (burdenofillhealth) (ermittelt durch Befragungsergebnisse zum Gesundheitsstatus) kombiniert. Dabei wird die sog. Sullivan-Methode verwendet (siehe Berechnungsmethode und Referenzen).</p> <p>Die „disability-free“ Lebenserwartung (DFLE) (eine mögliche Art der HALE) bei der Geburt wird mithilfe der HLY bei Geburt in der Einheit „Jahre“ ausgedrückt.</p> <p>Die Bezeichnung „ohne gesundheitliche Einschränkung“ (disability-free) bezieht sich auf das Ergebnis einer standardisierten Befragung (EU-SILC: EU Statistics on Income and Living Conditions).</p>
Datenquellen	<p>Sterbetafel von Statistik Austria (kombiniert aus Statistik der Sterbefälle und dem Bevölkerungsstand)</p> <p>Befragungsergebnis des EU-SILC (EU Statistics on Income and Living Conditions) von Statistik Austria. Frage: <i>Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?</i> Antwort: <i>Nein, nicht eingeschränkt.</i></p>
Aktualität und Periodizität	<p>Der Indikator wird von Statistik Austria unter der Bezeichnung „<i>Lebenserwartung ohne funktionale Beeinträchtigung</i>“ berechnet. Er steht derzeit (04.10.2013) von 2003 bis 2011 (Zeitreihenbruch 2008) zur</p>

	Verfügung.
Berechnungsmethode	<p>Aus der aktuellen Sterbetafel sind für jedes Lebensalter der fiktiven 100.000 Standardpopulation die Anzahl der noch Lebenden für die einzelnen Altersgruppen (5-Jahresschritte zwischen 0 und 100 Jahre) bekannt. Für jede Altersgruppe wird die Anzahl der Lebenden in der Sterbetafel multipliziert mit dem Anteil der Befragten (EU-SILC) ohne funktionale Beeinträchtigung aufgrund gesundheitlicher Probleme. Die Summe dieses Produkts über alle Altersstufen dividiert durch 100.000 ergibt die Anzahl der HLY bei Geburt.</p> <p>HLY is computed as the life expectancy from which the expected number of years lived with long-term activity limitations (at least 6 months) is subtracted. It is calculated by the Sullivan method based on life table data and age-specific period prevalence data on long-term activity limitations (according to the Euro-REVES General Activity Limitation Indicator (GALI)).</p>
Stratifizierbarkeit	<p>Geschlecht</p> <p>Üblich sind HLY bei Geburt, (mit 50 Jahren) und mit 65 Jahren</p>
Verwendung	Europäische Kommission, Eurostat, Statistik Austria,
Referenzen	<p>http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/en/hlth_hlye_esms.htm</p> <p>http://www.eurohex.eu/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf</p> <p>http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/o6114n29136.html</p> <p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/eu_silc/</p> <p>http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html</p>
Anmerkungen	<p>Die EU-SILC Befragung liefert nur repräsentative Ergebnisse auf nationaler Ebene. Vergleiche zwischen österr. Bundesländern sind damit nicht möglich.</p> <p>Statistik Austria (04.10.2013): <i>„Die sogenannten MEHM (Minimum European Health Module)-Fragen (subjektive Gesundheit, chronische Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben) sind sowohl im SILC wie auch im ATHIS enthalten. Da sich die Ergebnisse jedoch etwas unterscheiden, haben wir für die Veröffentlichung der gesunden Lebenserwartungen beschlossen, die Ergebnisse zu chronischer Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben aus dem SILC, jene zur subjektiven Gesundheit aus der Gesundheitsbefragung zu verwenden. Es ist prinzipiell möglich, den Indikator HLY nach Bundesländern anhand der Daten des ATHIS zu berechnen. Es muss dabei jedoch bedacht werden, dass sich die Österreich-Ergebnisse mit den von uns publizierten Ergebnissen anhand der SILC-Daten unterscheiden werden.“</i></p> <p>Der ATHIS-Datensatz steht jedem kostenlos zur Verfügung und kann unter folgendem Link bezogen werden: http://www.statistik.at/web_de/services/mikrodaten_fuer_forschung_und_lehre/datenangebot/standardisierte_datensaetze_sds/index.html#index9</p>

<p>Kurz-Bezeichnung des Indikators</p>	<p>HLY bei Geburt (ATHIS)</p>
<p>Langform der Bezeichnung</p>	<p>Healthy Life Years bei Geburt (Berechnung ATHIS) = Gesunde Lebensjahre bei Geburt(Berechnung ATHIS)</p>
<p>Zuordnung im Framework</p>	<p>Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Gesundheit stärken</p> <p>Anmerkung: HLY bei Geburt messen den langfristigen kombinierten Outcome aller Gesundheitsdeterminanten.</p>
<p>Definition des Indikators (textliche Beschreibung)</p>	<p>Der Indikator HLY bei Geburt („Gesunde Lebensjahre bei Geburt“) beschreibt die Anzahl der zum Zeitpunkt der Geburt statistisch zu erwartenden Lebensjahre ohne gesundheitliche Einschränkung.</p> <p>Er gehört zur Gruppe der Indikatoren, die gesundheitsbezogene Lebenserwartung messen (HALE, Health-Adjusted Life Expectancy).</p> <p>HLY ist ein zusammengesetzter Indikator auf Bevölkerungsebene, der die Lebenserwartung bei Geburt (laut Sterbetafel) mit der sog. Krankheitslast (burdenofillhealth) (ermittelt durch Befragungsergebnisse zum Gesundheitsstatus) kombiniert. Dabei wird die sog. Sullivan-Methode verwendet (siehe Berechnungsmethode und Referenzen).</p> <p>Die „disability-free“ Lebenserwartung (DFLE) (eine mögliche Art der HALE) bei der Geburt wird mithilfe der HLY bei Geburt in der Einheit „Jahre“ ausgedrückt.</p> <p>Die Bezeichnung „ohne gesundheitliche Einschränkung“ (disability-free) bezieht sich auf das Ergebnis einer standardisierten Befragung (Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS).</p>
<p>Datenquellen</p>	<p>Sterbetafel von Statistik Austria (kombiniert aus Statistik der Sterbefälle und dem Bevölkerungsstand)</p> <p>Befragungsergebnis aus ATHIS von Statistik Austria. Frage: <i>Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind....</i></p> <p>Antwort: <i>nicht eingeschränkt.</i></p>
<p>Aktualität und Periodizität</p>	<p>Es ist prinzipiell möglich, den Indikator HLY nach Bundesländern anhand der Daten des ATHIS zu berechnen. Der erste ATHIS war 2006/2007, der zweite findet 2013/2014 statt.</p>
<p>Berechnungsmethode</p>	<p>Aus der aktuellen Sterbetafel sind für jedes Lebensalter der fiktiven 100.000 StandardPopulation die Anzahl der noch Lebenden für die einzelnen Altersgruppen (5-Jahresschritte zwischen 0 und 100 Jahre) bekannt. Für jede Altersgruppe wird die Anzahl der Lebenden in der Sterbetafel multipliziert mit dem Anteil der Befragten (ATHIS) ohne funktionale Beeinträchtigung aufgrund gesundheitlicher Probleme. Die Summe dieses Produkts über alle Altersstufen dividiert durch 100.000 ergibt die Anzahl der HLY bei Geburt.</p> <p>HLY is computed as the life expectancy from which the expected number of years lived with long-term activity limitations (at least 6 months) is subtracted. It is calculated by the Sullivan method based on life table data and age-specific period prevalence data on long-term activity limitations (according to</p>

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	the Euro-REVES General Activity Limitation Indicator (GALI)).
Stratifizierbarkeit	Geschlecht Bundesland Üblich sind HLY bei Geburt, (mit 50 Jahren) und mit 65 Jahren
Verwendung	
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html
Anmerkungen	Der ATHIS liefert repräsentative Ergebnisse auf Bundeslandebene. Der Abstand zwischen den Befragungen ist relativ groß. Statistik Austria (04.10.2013): <i>„Die sogenannten MEHM (Minimum European Health Module)-Fragen (subjektive Gesundheit, chronische Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben) sind sowohl im SILC wie auch im ATHIS enthalten. Da sich die Ergebnisse jedoch etwas unterscheiden, haben wir für die Veröffentlichung der gesunden Lebenserwartungen beschlossen, die Ergebnisse zu chronischer Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben aus dem SILC, jene zur subjektiven Gesundheit aus der Gesundheitsbefragung zu verwenden. Es ist prinzipiell möglich, den Indikator HLY nach Bundesländern anhand der Daten des ATHIS zu berechnen. Es muss dabei jedoch bedacht werden, dass sich die Österreich-Ergebnisse mit den von uns publizierten Ergebnissen anhand der SILC-Daten unterscheiden werden.“</i> Der ATHIS-Datensatz steht jedem kostenlos zur Verfügung und kann unter folgendem Link bezogen werden: http://www.statistik.at/web_de/services/mikrodaten_fuer_forschung_und_lehre/datenangebot/standardisierte_datensaetze_sds/index.html#index9

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Vermeidbare Sterblichkeit
Langform der Bezeichnung	Vermeidbare Sterblichkeit vor 75 – Mortality Amenable to the Healthcare System (MAHCS)
Zuordnung im Framework	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Krankheit behandeln Anmerkung: Vom Krankenbehandlungssystem (Healthcare System) beeinflussbare (amenable) Sterblichkeit
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator Vermeidbare Sterblichkeit beschreibt die Mortalität vor dem 75. Geburtstag aufgrund ausgewählter Krankheiten. Für einzelne Todesursachen gelten niedrigere Altersschränken (14, 45, 50 Jahre) Es kann angenommen werden, dass Todesfälle in Folge dieser Erkrankungen oder Zustände entweder durch Prävention verhinderbar oder durch angemessene und zeitgerechte Behandlung in einem funktionierenden, modernen Gesundheitssystem vermeidbar sind. International sind mehrere (leicht unterschiedliche) Listen an ICD-codierten Krankheiten in Diskussion/Verwendung. In Österreich wurde von der GÖG zuletzt die Diagnoseliste von Nolte & McKee verwendet: 10 Krankheitsgruppen.

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	<p><i>Amenable mortality</i> is generally defined as premature deaths that should not occur in the presence of effective and timely care. It takes into account premature deaths for a list of diseases, for which effective health interventions are deemed to exist and might prevent deaths before a certain age limit (usually 75, though sometimes lower).</p>
Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> • Todesursachenstatistik von Statistik Austria • Bevölkerungsstatistik • Diagnoseliste der vermeidbaren Todesursachen inkl. gewählter Altersgrenzen
Aktualität und Periodizität	Die Todesursachenstatistik wird je Bundesland jährlich erstellt.
Berechnungsmethode	Man berechnet für ein Kalenderjahr in den einzelnen Altersklassen zwischen 0 und 75 Jahren, getrennt für Männer und Frauen, die Mortalität aufgrund der ausgewählten Todesursachen. Diese Mortalitätsraten werden umgelegt auf eine 100.000-Standardpopulation. Bei regionalen Vergleichen wird zur Risikoadjustierung mit altersstandardisierten Daten gearbeitet.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	WHO, OECD, Intl. Journals
Referenzen	http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mortality-amenable-to-health-care-in-31-oecd-countries_5kgj35f9f8s2-en
Anmerkungen	<p>Die Mortalitätsraten für vermeidbare Erkrankungen sind rückläufig, der Trend ist stärker als für nicht beeinflussbare Erkrankungen. Es besteht die Vermutung, dass Verbesserungen im Gesundheitssystem den stärkeren Trend bei vermeidbaren Todesfällen erklären. Unklar ist weiterhin in welchem Ausmaß das Gesundheitssystem zum Rückgang bei bestimmten Erkrankungen beiträgt.</p> <p>Das Alter zum Todeszeitpunkt bei Tod durch eine vermeidbare Ursache findet in der Kennzahl keine Berücksichtigung. Ein Todesfall durch Krebs im Alter von 40 wiegt genauso schwer wie im Alter von 70.</p> <p>Die Krankheitslast der Bevölkerung durch nicht-tödliche Erkrankungen z.B. psychische Erkrankungen wird durch den Fokus auf Mortalitätsraten unterschätzt. Der Fokus auf Mortalität ist nur unzureichend geeignet für Qualitätsaussagen über Verbesserung der Lebensqualität (z.B. Schmerztherapie bei Krebs).</p> <p>Im Bezug auf einzelne Diagnosen können geringe Fallzahlen (z.B. bei Regionalvergleichen) die statistische Aussagekraft beeinträchtigen.</p> <p>Es gibt in den einzelnen Ländern z.T. große Unterschiede bei der Qualität der Totenscheine sowie in Bezug auf die Kodierung der Todesursache. Auch die Regeln der WHO zur Festlegung der Todesursache erlauben einen großen Handlungsspielraum.</p> <p>Nicht einbezogen sind Todesfälle auf Grund medizinischer Behandlung: Medizinische Fehler, nosokomiale Erkrankungen, etc.</p> <p>Der Beitrag des Gesundheitswesens zur Gesundheit der Bevölkerung tritt mit einer Verzögerung ein, daher ist der Ansatz, gegenwärtige Anstrengungen (Inputs) mit aktuellen Ergebnissen (Outcomes) zu vergleichen, kritisch zu hinterfragen.</p>

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Kurz-Bezeichnung des Indikators	PYLL
Langform der Bezeichnung	Potential Years of Life Lost (PYLL) – Potenziell verlorene Lebensjahre vor 70
Zuordnung im Framework	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Krankheit behandeln Anmerkung: Durch Todesfälle vor 70 (verfrühte Sterblichkeit) in der Bevölkerung potenziell verlorene Lebensjahre.
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Verfrühte Sterblichkeit, ausgedrückt in der Kennzahl Potenziell verlorene Lebensjahre (PYLL) vor 70, fokussiert auf Todesfälle in jüngeren Altersgruppen der Bevölkerung. Der Wert des Indikators hängt stark von der Säuglingssterblichkeit und von Todesfällen durch Krankheiten oder Unfällen unter Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ab: ein Todesfall im Alter von 5 Jahren bedeutet 65 verlorene Lebensjahre, einer im Alter von 60 nur 10 verlorene Lebensjahre.
Datenquellen	Sterbetafel von Statistik Austria (kombiniert aus Statistik der Sterbefälle und dem Bevölkerungsstand)
Aktualität und Periodizität	Die Sterbetafeln werden je Bundesland jährlich berechnet.
Berechnungsmethode	Man multipliziert in der Sterbetafel die Anzahl der Todesfälle in einem Altersbereich mit der Anzahl an fehlenden Jahren auf das Alter von 70 Jahren. Man kann zum einen aussagen, wie viele der 100.000-Standardpopulation zu früh versterben und wie viele Lebensjahre vor 70 dadurch potenziell verloren wurden.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	WHO, OECD, Statistik Austria
Referenzen	OECD (2011), "Premature mortality", in <i>Health at a Glance 2011: OECD Indicators</i> , OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-5-en
Anmerkungen	PYLL beinhaltet alle Ursachen, die zu einem vorzeitigen Tod führen inkl. Straßenverkehrsunfälle, Selbstmorde, Verletzungen, Vergiftungen etc. Andere Altersgrenzen für die Definition der verfrühten Sterblichkeit sind möglich. Die OECD verwendet die Grenze von 70 Jahren. So wie die allgemeine Lebenserwartung steigt, und die Mortalität im Altersbereich unter 70/75 sinkt, verringert sich auch das Ausmaß der potenziell verlorenen Lebensjahre.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	PYLL durch MAHCS
Langform der Bezeichnung	Potential Years of Life Lost (PYLL) caused by Mortality Amenable to the Healthcare System (MAHCS) Potenziell verlorene Lebensjahre(PYLL) durch vom Krankenbehandlungssystem (Healthcare System) beeinflussbare (amenable) Sterblichkeit.
Zuordnung im Framework	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Krankheit behandeln Anmerkung: Durch Todesfälle, die als vom Gesundheitssystem beeinflussbar gelten, vor 75 (verfrühte Sterblichkeit) in der Bevölkerung potenziell verlorene Lebensjahre.
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator kombiniert die Konzepte der PYLL und der MAHCS. Die verfrühte Sterblichkeit in der Bevölkerung aufgrund von Ursachen, die durch Prävention oder Behandlung in einem funktionierenden Gesundheitssystem als vermeidbar gelten, wird durch die Summe der durch diese Todesfälle potenziell verloren gegangenen Lebensjahre ausgedrückt. Verwendet wird dieselbe Liste an beeinflussbaren Todesursachen (Krankheiten). Über die relevanten Todesfälle wird die Summe der verlorenen Lebensjahre bis zum Alter von 75 berechnet.
Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> • Sterbetafel von Statistik Austria (kombiniert aus Statistik der Sterbefälle und dem Bevölkerungsstand). • Bevölkerungsstatistik • Diagnoseliste der vermeidbaren Todesursachen inkl. gewählter Altersgrenzen
Aktualität und Periodizität	Die Sterbetafeln werden je Bundesland jährlich berechnet. Die Todesursachenstatistik wird je Bundesland jährlich erstellt.
Berechnungsmethode	Man ermittelt für ein Kalenderjahr in den einzelnen Altersklassen zwischen 0 und 75 Jahren, getrennt für Männer und Frauen, die Mortalität aufgrund der ausgewählten Todesursachen. Diese Mortalitätsraten in den Altersstufen werden gewichtet mit den verlorenen Lebensjahren bis 75.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	NHS
Referenzen	
Anmerkungen	Vorteil gegenüber MAHCS: Das Alter bei Tod fließt in die Kennzahl ein. Jüngere Verstorbene erhalten ein größeres Gewicht. Vorteil gegenüber PYLL: Nur Todesursachen, die durch das Gesundheitssystem als beeinflussbar gelten (Prävention, Behandlung), werden eingeschlossen. PYLL und MAHCS arbeiten generell mit unterschiedlichen Altersgrenzen. Da das Konzept der MAHCS in der rechnerischen Umsetzung aufwändiger ist, wird die Altersgrenze der PYLL entsprechend angeglichen. Ausgangsbasis ist die vermeidbare verfrühte Sterblichkeit. Ausgedrückt wird sie in verlorenen Lebensjahren.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Subjektive Lebensqualität Chroniker
Langform der Bezeichnung	Befragung zur Lebensqualität von chronisch Erkrankten
Zuordnung im Framework	Bereich: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat mehrere Dimensionen, die mit einem Fragebogen erforscht werden können.
Datenquellen	Die nötigen Daten könnte extra für diese Population erhoben werden oder in ein größeres Survey (wobei Chroniker erkennbar sein müssen) integriert werden. (ATHIS)
Aktualität und Periodizität	neu
Berechnungsmethode	8 Skalen, die zu einer gewichteten Summe verdichtet werden. (Vitalität, Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Körperliche Rollenfunktion, Emotionale Rollenfunktion, Soziale Funktionsfähigkeit, Psychisches Wohlbefinden)
Stratifizierbarkeit	gender, age, disease, socio-economic status
Verwendung	Neuer Indikator
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Chroniker in präventiver Behandlung
Langform der Bezeichnung	Anteil Chroniker in präventiver Behandlung
Zuordnung im Framework	Bereich: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst, wie viele Chroniker eine Betreuung erhalten, um das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten. Die Chroniker müssten dazu entweder mit einem neu zu designenden Fragebogen befragt werden, oder es wird versucht, dies aus Sekundärdaten zu berechnen.
Datenquellen	Befragung oder Abrechnungsdaten der SV
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	Für Sekundärdaten: <ul style="list-style-type: none"> • Algorithmen zur Identifikation der Population: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Diabetes</i> aus GAP-DRG (http://gapdrg.endel.at/dokuwiki/doku.php/gapdrg:projekte:beleitprojekte:diabetes_mellitus)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>KHK (nur Teil der Cardio-Vaskulären Erkrankungen)</i> aus GAP-DRG (Projekt hier: http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=72947&p_tabid=5) ○ COPD und Asthma aus GAP-DRG: geht an Hand der spezifische Verordnungen ○ psychische Krankheiten – könnte über die Verordnungen identifiziert werden ● Präventive Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabetes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ HbA1c-Wert senken ▪ Regulierung der Blutfettwerte (Lipidsenker) ▪ (Rauchen einstellen) ○ KHK <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Lebensstil ändern) ▪ Thrombozytenaggregationshemmer ▪ Cholesterinsenkende Arzneimittel ▪ (Vitamin D) ○ COPD <ul style="list-style-type: none"> ▪ (Raucherentwöhnung) ▪ Grippeimpfung ▪ Pneumokokkenimpfung ▪ Beta-2-Sympathomimetika ▪ Anticholinergika ▪ Theophyllin ○ psychische Krankheiten <ul style="list-style-type: none"> ▪ noch unklar
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter
Verwendung	Neuer Indikator
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	YLDs von Chronikern
Langform der Bezeichnung	Years Lived with Disability bei Chronikern
Zuordnung im Framework	Bereich: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Misst die Jahre, die eine Altersgruppe mit Beeinträchtigung lebt
Datenquellen	Chroniker aus Routinedaten erheben oder aus ATHIS; Disability weights vom IHME – Unterlagen vorhanden?
Aktualität und Periodizität	abhängig von unterschiedlichen Faktoren?

Indikatorenbeschreibung Bereich 2: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen

Berechnungsmethode	<p>$YLD = P * DW$ P... Anzahl der prävalenten Fälle DW = Disabilityweights</p> <p>Durch die Gewichte kann ich eine Summe über die verschiedenen Chroniker bilden.</p>
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	http://de.wikipedia.org/wiki/Weltentwicklungsbericht
Referenzen	<p>http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/</p> <p>Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010, Salomon et al., 2013, Lancet 2012; 380: 2129–43</p>
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Anerkannte Berufskrankheiten AUVA
Langform der Bezeichnung	Anzahl anerkannte Berufskrankheiten
Zuordnung im Framework	Bereich: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Menge der von der AUVA in einem Jahr anerkannten Berufskrankheiten je 1000 Versicherte.
Datenquellen	AUVA
Aktualität und Periodizität	Jährlich
Berechnungsmethode	Summierung der relevanten Schadensfälle und Bezug auf 1000 Versicherte.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland,
Verwendung	AUVA, HVB,
Referenzen	http://www.auva.at/mediaDB/974731_%C3%9Cberblick_2012_Variablen.pdf
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Potential Years of Life Lost beiChronikern
Langform der Bezeichnung	
Zuordnung im Framework	Bereich: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Idee: Chroniker sterben verfrüht, wenn das kurative System nicht optimal funktioniert. <ul style="list-style-type: none"> • Lebenserwartung je Altersgruppe • Standardpopulation je Altersgruppe • Verstorbene je Altersgruppe mit Diagnose aus Liste
Datenquellen	Statistik Austria: Todesursachenstatistik, Lebenserwartungen je Altersgruppe, Bevölkerung nach Alter geschichtet; Prävalenzen je Altersgruppe und Bundesland und Diagnose
Aktualität und Periodizität	Jährlich
Berechnungsmethode	$PYLL\ Rate = \frac{\sum_i \left(w_i * \frac{a_i * d_i}{n_i} \right)}{\sum_i w_i} * 100.000$ <ul style="list-style-type: none"> • i...Altersgruppe • d_i...Todesfälle in Altersgruppe • a_i...Lebenserwartung in Altersgruppe • n_i...Anzahl der prävalenten Bevölkerung in Altersgruppe • w_i...Anzahl der Bevölkerung in Standardpopulation
Stratifizierbarkeit	regional
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	ACSC bei Chronikern (ohne psychische Krankheiten)
Langform der Bezeichnung	Vermeidbare Krankenhausaufenthalte: ACSC bei Chronikern (ohne psychische Krankheiten)
Zuordnung im Framework	Bereich: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Stationäre Aufnahmen aufgrund eines Chronikers wären prinzipiell minimierbar. Ein unnötiger stationärer Aufenthalt ist aus Patientensicht schlecht bis schädlich. Eine hohe Anzahl von solchen Aufenthalten weist somit auf ein Problem in der Versorgung hin.
Datenquellen	DIAG
Aktualität und Periodizität	Ja
Berechnungs-	VA_D=Entlassung_D/EW * 100.000

Indikatorenbeschreibung Bereich 2: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen

methode	<p><u>VA_D</u> Vermeidbare Krankenhausaufenthalte von Chronikern <u>Entlassung_D</u> Anzahl der Krankenhausentlassung (Alter 15+) mit der Diagnose Diabetes Typ I oder II, COPD, Asthma oder einer cardio-vasculären Erkrankung ohne Erwähnung von kurz- oder langfristigen Komplikationen. <u>EW</u> Anzahl der Einwohner</p> <p>Eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung ist möglich.</p>
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	Beispielsweise OECD Health at a Glance 2011
Referenzen	http://dx.doi.org/10.1787/888932525077
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Wiederaufnahmerate Schizophrenie und Bipolare Störungen
Langform der Bezeichnung	
Zuordnung im Framework	Bereich: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen zeigen eine zu frühe Entlassung bzw. eine suboptimale Behandlung im stationären Sektor an
Datenquellen	DIAG und FOKO
Aktualität und Periodizität	Nicht gegeben.
Berechnungsmethode	Die anonymisierten Daten müssen pseudonymisiert werden. (Methode GAP-DRG), da Patientenwege sichtbar sein müssen. Dann kann man sich an der Masterarbeit von Hinteregger orientieren. Dieser unternahm eine Tracerspezifische Analyse bei TEP und AAA.
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	Beispielsweise OECD Health at a Glance 2011
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Betriebe mit BGF-Gütesiegel
Langform der Bezeichnung	Anzahl der Betriebe mit Gütesiegel des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Gesundheit stärken Anmerkung: Durch Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung kann im Setting Arbeitsplatz Einfluss auf die Entstehung von chronischen Krankheiten oder akuten Ereignissen genommen werden. Je mehr Beschäftigte von solchen Projekten erfasst werden, umso besser.
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der vom Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung gelisteten Betriebe mit BGF-Gütesiegel (und dazugehörige Anzahl der Beschäftigten)
Datenquellen	ÖNBGF: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/oenbgf/
Aktualität und Periodizität	Jährlich. Gütesiegel werden für 3 Jahre vergeben.
Berechnungsmethode	Summierung der Anzahl der Betriebe (und der Beschäftigten)
Stratifizierbarkeit	Branche, Betriebsgröße (bis 20, 21-50, 51-249, ab 250 Beschäftigte), Bundesland, Bezirk
Verwendung	ÖNBGF
Referenzen	http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/oenbgf/
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz
Langform der Bezeichnung	Anteil der Beschäftigten, die ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen. (European Working Conditions Survey)
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Seit 1990 wird bisher alle 5 Jahre eine europaweite Umfrage zum Thema Arbeitswelten durchgeführt: European Working Conditions Survey. Darin ist die Frage enthalten, ob man seine Sicherheit oder seine Gesundheit durch die Arbeit gefährdet sieht? Der Indikator Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz meint den Anteil der befragten Beschäftigten, die Ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen. Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit oder Sicherheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist, oder nicht? 1 – ja

	2 – nein
Datenquellen	European Working Conditions Survey
Aktualität und Periodizität	Alle 5 Jahre, zuletzt 2010 (publiziert 2012)
Berechnungsmethode	Anteil der Befragten, die obige Frage bejahen.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Berufsgruppen
Verwendung	Eurofound
Referenzen	http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/ Eurofound (2012), <i>Fifth European Working Conditions Survey</i> , Publications Office of the European Union, Luxembourg.
Anmerkungen	Die Stichprobengröße für Österreich betrug zuletzt ca. 1000 Personen. Detaillierte Ergebnisse auf Bundeslandebene liegen nicht vor.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Durchimpfungsraten Grippe > 60
Langform der Bezeichnung	Geimpfte Bevölkerung gegen Influenza im Alter über 60 Jahre
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst die Durchimpfungsrate für Grippe innerhalb der Zielpopulation (Bevölkerung ab 60).
Datenquellen	ATHIS: "Haben Sie einen aufrechten Impfschutz gegen Grippe?"
Aktualität und Periodizität	2006/2007 – 2014
Berechnungsmethode	Anteil berechnen = Bruchrechnung
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	OECD: Health at a Glance → 65
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Impfrate FSME
Langform der Bezeichnung	Durchimpfungsrate: FSME
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators	Der Indikator misst die Durchimpfungsrate für FSME innerhalb der Zielpopulation

Indikatorenbeschreibung Bereich 3: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse

(textliche Beschreibung)	
Datenquellen	Literatur (Informationen Verkaufszahlen Arzneimittelhersteller?)
Aktualität und Periodizität	Anteil berechnen = Bruchrechnung
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Impfrate Kinder laut MuKiPa
Langform der Bezeichnung	Der Indikator misst die Durchimpfungsrate der empfohlenen Impfungen lt. Gratisimpfprogramm für Säuglinge und Kinder innerhalb einer definierten Altersgruppe
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Impfungen sind eine der wirksamsten Maßnahmen, um relevanten Infektionskrankheiten vorzubeugen. Die Immunisation dieser Krankheiten zählt zu einer der kosteneffektivsten Strategien der Primärprävention.</p> <p>Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Kinder einer definierten Altersgruppe, welcher gegen die relevantesten Infektionskrankheiten im empfohlenen Zeitraum geimpft ist.</p> <p>In internationalen Vergleichen sind dies: Durchimpfungsrate DTP bei Kindern unter einem Jahr Durchimpfungsrate Masern bei Kindern unter einem Jahr Durchimpfungsrate Hepatitis B bei Kindern unter einem Jahr Laut Impfkalender des Gratisimpfprogramms sind dies: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2013</p>
Datenquellen	„Impfpassdaten des BMG“, telefonische Auskunft BMG 24.10.2013
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	<p>Berechnungsmethode:</p> <p>Anzahl der geimpften Kinder innerhalb der Zielpopulation/Anzahl der Kinder innerhalb der Zielpopulation*100</p>
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	WHO (Global Health Observatory Data Repository), OECD Health Data, ECHIM
Referenzen	<p>http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8112121ec049.pdf?expires=1381733936&id=id&ccname=quest&checksum=FBC098D9C3E4C12B7A7136928EF6B011</p> <p>http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf</p> <p>http://data.euro.who.int/hfad/</p> <p>http://apps.who.int/gho/data/node.main.A824?lang=en</p> <p>http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2013</p>
Anmerkungen	Beachte: Vergleichbarkeit der internationalen Daten aufgrund der Unterschiede in der Datenerhebung

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Anerkannte Schadensfälle AUVA
Langform der Bezeichnung	Anzahl anerkannte Schadensfälle (Unfälle) AUVA (Arbeitsunfälle, Wegunfälle, Schülerunfälle, Schulsportunfälle)
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Gesundheit stärken Anmerkung: Sind die Gesundheitsdeterminanten, die Einfluss auf Unfälle haben optimal, dann sind die Unfallzahlen minimal. Eine steigende Zahl von Schadensfällen liefert einen Hinweis auf Verschlechterungen bei den Gesundheitsdeterminanten.
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Menge der von der AUVA in einem Jahr anerkannten Schadensfälle je 1000 Versicherte (relative Schadenshäufigkeit) in den Bereichen: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsunfälle • Wegunfälle • Schülerunfälle • Schulsportunfälle
Datenquellen	AUVA
Aktualität und Periodizität	Jährlich
Berechnungsmethode	Summierung der relevanten Schadensfälle und Bezug auf 1000 Versicherte.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland,
Verwendung	AUVA, HVB,
Referenzen	http://www.auva.at/mediaDB/974731_%C3%9Cberblick_2012_Variablen.pdf
Anmerkungen	Die Zahl der anerkannten Schadensfälle hängt nicht nur von den im Entstehen direkt beeinflussenden Faktoren ab, die mittels Prävention beeinflussbar sind. Änderungen in der Anerkennungspraxis können bei gleichem Stand an potenziellen Schadensfällen zu unterschiedlichen Anerkennungsraten führen.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Verbesserung durch KH-Aufenthalt
Langform der Bezeichnung	Anteil der Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt (working conditionseifende Patientenbefragung)
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, die der Aussage: „Mein Gesundheitszustand hat sich durch meinen Krankenhausaufenthalt verbessert.“ mit „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ zustimmen.
Datenquellen	GÖG

Indikatorenbeschreibung Bereich 3: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse

Aktualität und Periodizität	Bericht aus 2010/2011 liegt vor (paper&pencil). Konzeption der nächsten Befragung inklusive extramuraler Bereich bis Mitte 2014 geplant (inkl. Befragungsmethodik).
Berechnungsmethode	Relativer Anteil der Befragten, die zustimmen (siehe Definition des Indikators)
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Krankenanstalt, Region, Bundesland
Verwendung	BMG, GÖG
Referenzen	<p>http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsberichte/Qualitaetsberichterstattung/Erste_sektoreneuebergreifende_Patientenbefragung</p> <p>http://www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Sektoreneuebergreifende-Patientenbefragung96.html</p>
Anmerkungen	<p>Aufgrund des Befragungsmodus und der unterschiedlichen Rücklaufquoten, können vorab keine Aussagen über die Repräsentativität (z.B. auf regionaler Ebene) getroffen werden.</p> <p>„Die Auswertungsergebnisse stehen den Krankenanstaltenträgern, Krankenanstalten und Abteilungen als pseudonymisiertes Benchmarking zur Verfügung. Dies ermöglicht den nationalen Vergleich und zeigt etwaige Problemfelder im Krankenhaus sowie an den Nahtstellen auf, woraus Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet werden sollten. Diese Maßnahmen können im Rahmen weiterer Befragungen evaluiert werden.</p> <p>Bei der Interpretation der Ergebnisse ist durchwegs zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse die subjektive Patientenmeinung widerspiegeln. Internationale Erfahrungen zeigen, dass aus Patientensicht Probleme identifiziert werden können und Patientenzufriedenheitsbefragungen eine Grundlage zur Verbesserung von Prozessen darstellen.“ (Bericht GÖG 2011, S.79)</p> <p>GÖG (18.10.2013): <i>„Zum operativen Ziel 8.4.1 des Bundeszielsteuerungs-Vertrages gibt es bereits Vorarbeiten bzw. laufende Tätigkeiten. Im Jahr 2012 wurde ein Methodenbericht erarbeitet, der ein Konzept inkl. möglicher Fragen zur Durchführung einer Befragung im extramuralen Bereich beinhaltet.</i></p> <p><i>Die in dem Bericht erarbeiteten Durchführungsvarianten wurden in der Zwischenzeit konkretisiert und in einem Arbeitspapier zusammengefasst. In diesem unveröffentlichten Papier ist auch beschrieben, dass für den stationären Bereich das bereits erarbeitete und bewährte Konzept beibehalten werden soll[2010/2011]. Auch die bereits erprobten Fragen sollen in einer nächsten Befragung wieder zum Einsatz kommen (ev. 1-2 kleinere Anpassungen).</i></p> <p><i>Derzeit ist geplant, dass das detaillierte Konzept zur Durchführung der sektorenübergreifenden Patientenbefragung mit Expertinnen/Experten bis Mitte 2014 diskutiert und finalisiert werden soll.“</i></p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	PROM geplante Eingriffe
Langform der Bezeichnung	Patient-reported Outcome Measures (PROM) für elektive Eingriffe Outcome-Messung aus Patientensicht für bestimmte geplante Operationen: Knieprothese, Hüftprothese, Leistenhernie, Varizen
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Zustandsveränderung der Lebensqualität (EQ-5D) zwischen stationärer Aufnahme vor der geplanten Operation und 30 Tage nach Spitalsentlassung.
Datenquellen	Wird bisher nicht standardmäßig erhoben. Müsste von Krankenhausträgern im Zuge der Qualitätssicherung erhoben werden. Versuch einer Vollerhebung. Beschreibung der Grundgesamtheit und Bericht der erreichten Befragungsquote und Demografie der Stichprobe.
Aktualität und Periodizität	Neuer Indikator. Jährliches Update der Ergebnisse
Berechnungsmethode	Berechnung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität anhand der Scoring-Anleitung des Fragebogens zu beiden Messzeitpunkten. Die Differenz der beiden Scores dient als Maßzahl der Veränderung.
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Träger, Region
Verwendung	NHS: http://www.hscic.gov.uk/proms
Referenzen	EQ-5D: http://www.euroqol.org/
Anmerkungen	<p>(http://de.wikipedia.org/wiki/EQ-5D) Der EQ-5D ist ein Gesundheitsfragebogen, der die Lebensqualität eines Patienten in einer eindimensionalen Maßzahl von 5 (sehr gut) bis 15 (extrem niedrig) ausdrückt. Der Fragebogen wurde 1987 von der <i>EuroQol Group</i>, einer internationalen, interdisziplinären Gruppe bestehend aus Medizinern, Psychologen, Philosophen, Ökonomen, Pflegern und Soziologen mit Sitz in Rotterdam, als Selbstberichtsinstrument des Patienten entwickelt. Fünf Dimensionen beschreiben den Gesundheitszustand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beweglichkeit, Mobilität • die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen • Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familie, Freizeit) • Schmerzen, körperliche Beschwerden • Angst, Niedergeschlagenheit <p>Seit 1990 wird die englische Fassung eingesetzt, die deutsche seit 1998. Der EQ-5D liegt derzeit in ca. 70 Sprachen übersetzt vor und ist der weltweit am häufigsten eingesetzte Fragebogen zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Für Patienten, die selber nicht mehr in der Lage sind, diesen Fragebogen auszufüllen, gibt es Proxy-Versionen.</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	KH-Wiederaufnahmerate (14 Tage)
Langform der Bezeichnung	Krankenhaus-Wiederaufnahmerate innerhalb von 14 Tagen nach Krankenhausentlassung
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Patienten, die innerhalb von 14 Tagen nach KH-Entlassung wieder stationär in ein KH aufgenommen werden. Bei der Definition der Erstaufnahmen wird folgendes ausgeschlossen: <ul style="list-style-type: none"> • Chemotherapie, Strahlentherapie • Psychiatrie, Neurologie Tagesklinik • Todesfälle (Entlassungsart) Bei der Definition der Wiederaufnahmen wird folgendes ausgeschlossen: <ul style="list-style-type: none"> • Chemotherapie, Strahlentherapie • Psychiatrie, Neurologie Tagesklinik • Zutransferierung (aus anderem KH)
Datenquellen	A-IQI,
Aktualität und Periodizität	Jährliches Update In Oberösterreich wurde mit 1. Jänner 2013 die verpflichtende Teilnahme aller Fonds-Krankenanstalten am AIQI-Projekt verordnet.
Berechnungsmethode	Wie beschrieben im A-IQI Handbuch;
Stratifizierbarkeit	Bundesland
Verwendung	In Oberösterreich wurde mit 1. Jänner 2013 die verpflichtende Teilnahme aller Fonds-Krankenanstalten am AIQI-Projekt verordnet.
Referenzen	http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/
Anmerkungen	Recherche zur aktuellen Umsetzung noch nicht abgeschlossen.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Screenings für Krebs (Mammakarzinom) (Befragungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Mammographiescreening
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Brustkrebs zählt zur häufigsten Krebserkrankung bei Frauen. Je früher Brustkrebs entdeckt wird, desto größer sind die Heilungschancen. Das Mammographiescreening kann dazu beitragen, Tumore möglichst frühzeitig zu entdecken und somit die Prognose zu begünstigen. Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Frauen in einer definierten Altersgruppe, welcher an einem Mammographiescreening innerhalb eines definierten Zeitraums teilgenommen hat.
Datenquellen	ATHIS - Gesundheitsbefragung: Frage C3.8.: <i>“Wurde bei Ihnen jemals eine Mammographie durchgeführt?”</i> Antwort C3.8: <i>„Ja/Nein/Weiß nicht“</i> Frage C3.9: <i>„Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal eine Mammographie durchgeführt?“</i> Antwort C3.9: <i>„Innerhalb der letzten 12 Monate/Vor ein bis 3 Jahren/Nicht innerhalb der letzten 3 Jahre“</i> EHIS (Eurostat) Frage PA.10: <i>„Have you ever had a mammography, which is an X-ray of one or both of your breasts?“</i> Antwort PA.10: <i>“Yes/No/Don’t know/Refusal”</i> Frage PA.11: <i>“When was the last time you had a mammography (breast X-ray)?”</i> Antwort PA.11: <i>“Within the past 12 months/More than 1 year, but not more than 2 years/More than 2 years, but not more than 3 years/Not within the past 3 years/Don’t know/Refusal”</i>
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave: 2007/2010, second is planned for 2014
Berechnungsmethode	Teilnahmerate: Anzahl der gescreenten Frauen innerhalb der Zielpopulation/Anzahl der Frauen innerhalb der Zielpopulation*100
Stratifizierbarkeit	Alter, sozioökonomischer Status
Verwendung	ATHIS, OECD Health Data, EHIS (Eurostat) (GÖG-Krebs-Screening-InanspruchnahmenachBildungsniveau), ECHIM, WHO World Health Survey

	2006, WHO World Health Statistics 2011, etc.
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf
Anmerkungen	<p>Beachte: Vergleichbarkeit EHIS nur auf nationaler Ebene (keine Altersstandardisierung). Vergleichbarkeit der internationalen Daten aufgrund der Unterschiede in der Datenerhebung und der definierten Ausgestaltung der Screeningprogramme.</p> <p>Qualitätsgesichertes Programm startet voraussichtlich im ersten Quartal 2014 in Österreich: http://www.bmg.gv.at/home/Gesundheitsleistungen/Brustkrebs_Fruherkennung/</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Screenings für Krebs (Mammakarzinom) (Abrechnungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Mammographiescreening
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Brustkrebs zählt zur häufigsten Krebserkrankung bei Frauen. Je früher Brustkrebs entdeckt wird, desto größer sind die Heilungschancen. Das Mammographiescreening kann dazu beitragen, Tumore möglichst frühzeitig zu entdecken und somit die Prognose zu begünstigen.</p> <p>Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Frauen in einer definierten Altersgruppe, welcher an einem Mammographiescreening innerhalb eines definierten Zeitraums teilgenommen hat.</p> <p>Anzahl der Leistungen</p>
Datenquellen	HVB
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	Alter, sozioökonomischer Status, Kalenderjahr

Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Datenquelle z.B. MetaHono (z.B. 201301 kurativ / bzw. 240103 Vorsorge-mammographie)

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Screenings für Krebs (Kolonkarzinom) (Befragungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Screening Kolonkarzinom
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Kolorektalkrebs zählt zu einer der häufigsten Krebserkrankung bei Männern und Frauen. Screenings haben das Potenzial zur Früherkennung und Vermeidung dieser Krebsart. Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Personen einer definierten Altersgruppe, welcher an einem Screening Kolonkarzinom (faecaloccultbloodtest) innerhalb eines definierten Zeitraums teilgenommen hat.
Datenquellen	EHIS (Eurostat) Frage PA.16: „ <i>Have you ever had a faecal occult blood test?</i> “ Antwort PA.16: „Yes/No“ Frage PA.17: „ <i>When was the last time you had a faecal occult blood test?</i> “ Antwort PA.17: „ <i>Within the past 12 months/More than 1 year, but not more than 2 years/More than 2 years, but not more than 3 years/Not within the past 3 years</i> “
Aktualität und Periodizität	EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave: 2007/2010, second is planned for 2014
Berechnungsmethode	Teilnahmerate: Anzahl der gescreeenten Personen innerhalb der Zielpopulation/Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation*100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status
Verwendung	OECD Health Data, EHIS (Eurostat), ECHIM,
Referenzen	http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf
Anmerkungen	Beachte: Vergleichbarkeit EHIS nur auf nationaler Ebene (keine Altersstandardisierung). Vergleichbarkeit der internationalen Daten aufgrund der Unterschiede in der Datenerhebung und der definierten Ausgestaltung der Screeningprogramme.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Screenings für Krebs (Kolonkarzinom) (Abrechnungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Screening Kolonkarzinom
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Kolorektalkrebs zählt zu einer der häufigsten Krebserkrankung bei Männern und Frauen. Screenings haben das Potenzial zur Früherkennung und Vermeidung dieser Krebsart. Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Personen einer definierten Altersgruppe, welcher an einem Screening Kolonkarzinom (faecaloccultbloodtest) innerhalb eines definierten Zeitraums teilgenommen hat. Anzahl der Leistungen
Datenquellen	HVB
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Datenquelle z.B. MetaHono (z.B.: Koloskopie: 021101)

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Screenings für Krebs (Zervixkarzinom) (Befragungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Zervixkarzinom Screening
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen kann wesentlich zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs beitragen. Durch den PAP-Abstrich können Veränderungen des Gebärmutterhalses erkannt werden, eine Behandlung dieser Zellveränderung verhindert den Ausbruch von Gebärmutterhalskrebs. Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Frauen in einer definierten Altersgruppe, welcher an einem Screening Zervixkarzinom (cervicalsmeartest) innerhalb eines bestimmten Zeitraums teilgenommen hat.
Datenquellen	ATHIS - Gesundheitsbefragung: Frage C3.10: „Wurde bei Ihnen jemals ein Krebsabstrich (Gebärmutterhalsabstrich) durchgeführt?“ Antwort C3.10: „Ja/Nein/Weiß nicht“ Frage C3.11: „Wann wurde bei Ihnen das letzte Mal ein Krebsabstrich vorgenommen?“ Antwort C3.11: „Innerhalb der letzten 2 Monate/Vor ein bis 3 Jahren/Nicht

Indikatorenbeschreibung Bereich 4: Zugang und Fairness

	<p><i>innerhalb der letzten 3 Jahre“</i></p> <p>EHIS (Eurostat) Frage PA.13 „Have you ever had a cervical smear test?“ Antwort PA.13: “Yes/No” Frage PA.14: “When was the last time you had a cervical smear test?” Antwort PA.14: “Within the past 12 months/More than 1 year, but not more than 2 years/More than 2 years, but not more than 3 years/Not within the past 3 years”</p>
Aktualität und Periodizität	<p>Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014</p> <p>EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave: 2007/2010, second is planned for 2014</p>
Berechnungsmethode	<p>Teilnahmerate: Anzahl der gescreenten Frauen innerhalb der Zielpopulation/Anzahl der Frauen innerhalb der Zielpopulation*100</p>
Stratifizierbarkeit	<p>Alter, sozioökonomischer Status</p>
Verwendung	<p>ATHIS, OECD Health Data, EHIS (Eurostat) (GÖG-Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Bildungsniveau), ECHIM</p>
Referenzen	<p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en</p> <p>http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf</p> <p>http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database</p> <p>http://ec.europa.eu/health/ph_information/implementation/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</p>
Anmerkungen	<p>Beachte: Vergleichbarkeit EHIS nur auf nationaler Ebene (keine Altersstandardisierung).</p> <p>Vergleichbarkeit der internationalen Daten aufgrund der Unterschiede in der Datenerhebung und der definierten Ausgestaltung der Screeningprogramme.</p> <p>Krebsvorsorge bei Gebärmutterhalskrebs: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Nichtuebertragbare_Krankheiten/Krebs/Krebsvorsorge_bei_Gebaermutterhalskrebs</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Screenings für Krebs (Zervixkarzinom) (Abrechnungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Zervixkarzinom Screening
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen kann wesentlich zur Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs beitragen. Durch den PAP-Abstrich können Veränderungen des Gebärmutterhalses erkannt werden, eine Behandlung dieser Zellveränderung verhindert den Ausbruch von Gebärmutterhalskrebs. Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Frauen in einer definierten Altersgruppe, welcher an einem Screening Zervixkarzinom (cervicalsmeartest) innerhalb eines bestimmten Zeitraums teilgenommen hat. Anzahl der Leistungen
Datenquellen	HVB
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	z.B. VU: z.B.: 240105 Spezifische Untersuchung auf Cervix-Karzinom (PAP-Abstrichabnahme) oder 240110 Spezifische Untersuchung auf Cervix-Karzinom (PAP-Zytologie)

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchung
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate je Bundesland
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Teilnahmerate je Bundesland zeigt das Bekanntsein des VU-Instruments in der Bevölkerung auf.
Datenquellen	BIG
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	BIG-Web-Modul
Stratifizierbarkeit	

Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Unmet Need
Langform der Bezeichnung	Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Beschreibung des Ausmaßes von ungedecktem Bedarf nach Ursache (finanzielle Barrieren, zu lange Wartezeiten und zu große Entfernungen)
Datenquellen	EU-SILC
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	% der Personen, welche angeben, dass sie in den letzten 12 Monaten einen Bedarf nach einer medizinischen Leistung hatten und diese dennoch nicht erhalten haben.
Stratifizierbarkeit	Einkommen, Bildung, Alter
Verwendung	OECD
Referenzen	http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/01/index.html;jsessionid=b96bgrf36tctg.delta?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-52-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-en&mimeType=text/html
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Burden: of out-of-pocket health expenditure
Langform der Bezeichnung	Out-of-pocket expenditure as a share of final household consumption
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	EU-SILC bzw. ATHIS
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	% -Rechnung

Stratifizierbarkeit	Keine Bundesländer
Verwendung	OECD
Referenzen	http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2009-en/06/04/index.html%3Bjsessionid=we432mw4r2dc.delta?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2009-62-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=&mimeType=text/html
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Zeitraum zwischen Terminvereinbarung und tatsächlicher Konsultation beim niedergelassenen Leistungserbringer
Langform der Bezeichnung	Wartezeit für einen Arzttermin im niedergelassenen Bereich (differenziert nach akuten bzw. Routine-Terminen)
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator beschreibt die durchschnittliche Wartezeit für einen Arzttermin im niedergelassenen Bereich. Dieser kann weiter differenziert werden nach akuten bzw. Routine-Terminen
Datenquellen	Befragungsdaten sind entweder extra zu erheben oder in ein bestehendes Survey zu integrieren (z.B. Gesundheitsbefragung) Genauere Fragestellung ist zu entwickeln
Aktualität und Periodizität	Offen – Erhebung im Zuge der Gesundheitsbefragung?
Berechnungsmethode	Durchschnittliche Wartezeit in Tagen
Stratifizierbarkeit	Indikation, Fachgruppe
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Zeitraum zwischen Terminvereinbarung und Operationstermin (Befragungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Wartezeit bei elektiven Operationen
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator beschreibt die durchschnittliche Wartezeit für eine elektive Operation. Als elektiv wird eine Operation dann bezeichnet, wenn diese notwendig ist, ein Operationstermin jedoch zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart werden kann.
Datenquellen	ATHIS - Gesundheitsbefragung: Frage C1.6: „Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit dem TAG MONAT JAHR eine geplante Operation?“

	Antwort C1.6: „Ja“ Frage C1.7: „Wie lange mussten Sie auf Ihre Operation warten?“ Antwort C1.7: „...Tage...Wochen...Monate“
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014
Berechnungsmethode	ATHIS: Berechnung der durchschnittlichen oder medianen Zeit zwischen Terminvereinbarung und Operationstermin
Stratifizierbarkeit	ATHIS: Bundesland
Verwendung	Statistik Austria; European Health Consumer Index
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Zeitraum zwischen Terminvereinbarung und Operationstermin (transparentes Wartelistenregime)
Langform der Bezeichnung	Wartezeit bei elektiven Operationen
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator beschreibt die durchschnittliche Wartezeit für eine elektive Operation. Als elektiv wird eine Operation dann bezeichnet, wenn diese notwendig ist, ein Operationstermin jedoch zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart werden kann.
(Potentielle) Datenquellen	Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs. 1
Aktualität und Periodizität	Jährlich berechenbar
Berechnungsmethode	Durchschnittliche Wartezeit in Wochen (gemäß OP-Warteliste)
Stratifizierbarkeit	Bundesland
Verwendung	z.B. NÖ Landeskliniken-Holding
Referenzen	http://www.holding.lknoe.at/kliniken.html
Anmerkungen	„Für planbare Operationen in den Sonderfächern Augenheilkunde und Optometrie, Neurochirurgie sowie Orthopädie und orthopädische Chirurgie wird es zukünftig transparente Wartelisten geben. Eine diesbezügliche Novelle des Bundesgesetzes über Kranken- und Kuranstalten, mit der die Landesgesetzgeber zur Umsetzung eines entsprechenden Wartelistenregimes verpflichtet werden, passierte den Nationalrat einstimmig.“ <i>Quelle:</i> http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2011/PK0718/ Siehe: 69. Bundesgesetz: Änderungen des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2011_I_69/BGBLA_2011_I_69.pdf)

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Erreichbarkeit von Allgemeinärzten
Langform der Bezeichnung	Anteil der Bevölkerung, welcher einen Allgemeinarzt innerhalb von 10 Minuten erreichen kann.
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator beschreibt die physische Zugangsmöglichkeit zum Allgemein- arzt. Im ÖSG 2012 wird als Planungsrichtwert eine Erreichbarkeit in 10 Minuten angesetzt. Diese Erreichbarkeit wird pro Bundesland für die jeweilige Bevölkerung gemessen.
Datenquellen	ZPV-Datenbank, Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Jährlich aktualisierbar
Berechnungsmethode	Bevölkerung, die einen AM in <10Min. erreicht / Bevölkerung des Bundeslandes
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	ÖSG 2012
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Erreichbarkeit von Krankenanstalten
Langform der Bezeichnung	Anteil der Bevölkerung, welcher eine Krankenanstalt innerhalb von 30 Minuten erreichen kann.
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator beschreibt die physische Zugangsmöglichkeit.
Datenquellen	Datenbank zur stationären Versorgungsforschung (EWG)
Aktualität und Periodizität	Jährlich aktualisierbar
Berechnungsmethode	Gemeinde hat einen Mittelpunkt, von dort wird für die Gemeinde eine Wegstrecke gemessen; alle Gemeinden, deren Wegstrecke länger als 30 min dauert, fallen ins Ergebnis.
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Health Literacy Index
Langform der Bezeichnung	Genereller Health Literacy Index (HLS-EU)
Zugeordnete Domain	Domain: Förderung der Gesundheitskompetenz Erste Säule: Gesundheit stärken Overarching Indicator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Zusammengefasster Indexwert bestehend aus allen 47 Items des Health Literacy Survey
Datenquellen	Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research
Aktualität und Periodizität	Bisher einmalig durchgeführte Studie
Berechnungsmethode	Index bestehend aus 47 Items wird zwischen 0 und 50 standardisiert.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Bildung, Sozialer Status, Armutsgefährdung, Bundesland, Lebensstil und gesundheitsbezogenes Verhalten, etc.
Verwendung	http://www.health-literacy.eu http://lbihpr.lbg.ac.at/institut (Ludwig Boltzmann Institut) http://www.lbihpr.lbg.ac.at/gesundheitskompetenz-messen-und-foerdern
Referenzen	http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-rojekte/FgoeProject_1412 http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/Departments/CAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU.htm http://www.lbihpr.lbg.ac.at/webfm_send/472
Anmerkungen	Internationale Vergleichsstudie durchgeführt in 8 europäischen Ländern im Sommer 2011. ~ 1.000 Befragte je Land. Ludwig Boltzmann Institut, (25.10.2013): <i>„Was Österreich betrifft, so kennen Sie die Absichtserklärung in 8.3.2. Maßnahme 4b des Bundeszielsteuerungsvertrags und das BMG bemüht sich auch auf Ebene der WHO-EURO ein entsprechendes Projekt zu initiieren. Dass die WHO-Euro dies prinzipiell unterstützt, sehen Sie auf Seite 71 der WHO Publikation Health Literacy The solid facts, dessen Download Sie leicht googeln können.“</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Health Literacy Index - Prävention
Langform der Bezeichnung	Prävention Literacy Index (HLS-EU)
Zugeordnete Domain	Domain: Förderung der Gesundheitskompetenz Zweite Säule: Gesundheit stärken Overarching Indicator

	Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Zusammengefasster Indexwert bestehend aus 15 Items des Health Literacy Survey
Datenquellen	Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research
Aktualität und Periodizität	Bisher einmalig durchgeführte Studie
Berechnungsmethode	Index bestehend aus 15 Items wird zwischen 0 und 50 standardisiert.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Bildung, Sozialer Status, Armutsgefährdung, Bundesland, Lebensstil und gesundheitsbezogenes Verhalten, etc.
Verwendung	http://www.health-literacy.eu http://lbihpr.lbg.ac.at/institut (Ludwig Boltzmann Institut) http://www.lbihpr.lbg.ac.at/gesundheitskompetenz-messen-und-foerdern
Referenzen	http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-rojekte/FgoeProject_1412 http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/Departments/CAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU.htm http://www.lbihpr.lbg.ac.at/webfm_send/472
Anmerkungen	Internationale Vergleichsstudie durchgeführt in 8 europäischen Ländern im Sommer 2011. ~ 1.000 Befragte je Land. Ludwig Boltzmann Institut, (25.10.2013): <i>„Was Österreich betrifft, so kennen Sie die Absichtserklärung in 8.3.2. Maßnahme 4b des Bundeszielsteuerungsvertrags und das BMG bemüht sich auch auf Ebene der WHO-EURO ein entsprechendes Projekt zu initiieren. Dass die WHO-Euro dies prinzipiell unterstützt, sehen Sie auf Seite 71 der WHO Publikation Health Literacy The solid facts, dessen Download Sie leicht googeln können.“</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Health Literacy Index - Gesundheitsförderung
Langform der Bezeichnung	Gesundheitsförderung Literacy Index (HLS-EU)
Zugeordnete Domain	Domain: Förderung der Gesundheitskompetenz Zweite Säule: Gesundheit stärken Overarching Indicator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Zusammengefasster Indexwert bestehend aus 16 Items des Health Literacy Survey

Indikatorenbeschreibung Bereich 5: Gesundheitskompetenz

Datenquellen	Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research
Aktualität und Periodizität	Bisher einmalig durchgeführte Studie
Berechnungsmethode	Index bestehend aus 16 Items wird zwischen 0 und 50 standardisiert.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Bildung, Sozialer Status, Armutsgefährdung, Bundesland, Lebensstil und gesundheitsbezogenes Verhalten, etc.
Verwendung	http://www.health-literacy.eu http://lbihpr.lbg.ac.at/institut (Ludwig Boltzmann Institut) http://www.lbihpr.lbg.ac.at/gesundheitskompetenz-messen-und-foerdern
Referenzen	http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-rojekte/FgoeProject_1412 http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/Departments/CAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU.htm http://www.lbihpr.lbg.ac.at/webfm_send/472
Anmerkungen	Internationale Vergleichsstudie durchgeführt in 8 europäischen Ländern im Sommer 2011. ~ 1.000 Befragte je Land. Ludwig Boltzmann Institut, (25.10.2013): <i>„Was Österreich betrifft, so kennen Sie die Absichtserklärung in 8.3.2. Maßnahme 4b des Bundeszielsteuerungsvertrags und das BMG bemüht sich auch auf Ebene der WHO-EURO ein entsprechendes Projekt zu initiieren. Dass die WHO-Euro dies prinzipiell unterstützt, sehen Sie auf Seite 71 der WHO Publikation Health Literacy The solid facts, dessen Download Sie leicht googeln können.“</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Health Care Literacy Index
Langform der Bezeichnung	Health Care Literacy Index - Krankheitsbewältigung (HLS-EU)
Zugeordnete Domain	Domain: Förderung der Gesundheitskompetenz Zweite Säule: Krankheit behandeln Overarching Indicator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Zusammengefasster Indexwert bestehend aus 16 Items des Health Literacy Survey
Datenquellen	Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research
Aktualität und Periodizität	Bisher einmalig durchgeführte Studie (2011)
Berechnungsmethode	Index bestehend aus 16 Items wird zwischen 0 und 50 standardisiert.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Bildung, Sozialer Status, Armutsgefährdung, Bundesland, Lebensstil und gesundheitsbezogenes Verhalten, etc.
Verwendung	http://www.health-literacy.eu http://lbihpr.lbg.ac.at/institut (Ludwig Boltzmann Institut) http://www.lbihpr.lbg.ac.at/gesundheitskompetenz-messen-und-foerdern
Referenzen	http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-rojekte/FgoeProject_1412 http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/FHML/CAPHRI/Departments_CAPH-RI/InternationalHealth/ResearchINTHEALTH/Projects/HealthLiteracyHLSEU.htm http://www.lbihpr.lbg.ac.at/webfm_send/472
Anmerkungen	Internationale Vergleichsstudie durchgeführt in 8 europäischen Ländern im Sommer 2011. ~ 1.000 Befragte je Land. Ludwig Boltzmann Institut, (25.10.2013): „Was Österreich betrifft, so kennen Sie die Absichtserklärung in 8.3.2. Maßnahme 4b des Bundeszielsteuerungsvertrags und das BMG bemüht sich auch auf Ebene der WHO-EURO ein entsprechendes Projekt zu initiieren. Dass die WHO-Euro dies prinzipiell unterstützt, sehen Sie auf Seite 71 der WHO Publikation Health Literacy The solid facts, dessen Download Sie leicht googeln können.“

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Gemeldete Fehler oder Beinahe-Fehler
Langform der Bezeichnung	Fehler oder Beinahe-Fehler, welche im Rahmen des „Critical Incident Reporting System“ (CIRS) gemeldet werden
Zuordnung im Framework	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst die Anzahl der gemeldeten Fehler oder Beinahe-Fehler im Rahmen des „Critical Incident Reporting System“ (CIRS) innerhalb eines definierten Zeitraums. CIRSmedical.at ist eine Internetplattform der Österreichischen Ärztekammer, die seit Herbst 2009 ein organisationsübergreifendes Fehlermelde- und Lernsystem anbietet. Alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, die im österreichischen Gesundheitswesen auftreten, können von MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens berichtet werden. Dies können Fehler, Beinahe-Schäden, entdeckte Risiken, kritische Ereignisse oder auch unerwünschte Ereignisse sein. Der Indikator misst u.a. die Bereitschaft, Zwischenfälle zu berichten und zu analysieren.
Datenquellen	Cirsmedical.at
Aktualität und Periodizität	Jährlich aktualisierbar
Berechnungsmethode	Anzahl der gemeldeten Fehler oder Beinahe-Fehler im Rahmen des „Critical Incident Reporting System“ (CIRS) innerhalb eines definierten Zeitraums (z.B. nach Gesundheitseinrichtung – Krankenhaus, Ordination, etc. und pro 100.000 EinwohnerInnen)
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	In ähnlicher Form: NHS
Referenzen	www.cirsmedical.at http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherheit/PatientInnensicherheit/Oesterreichweites_Fehlermelde_und_Lernsystem
Anmerkungen	Die Berichtssysteme wurden nicht entwickelt, um die Anzahl der Fehler- und Beinahe-Fehler zu erheben. CIRS wurde zur systematischen Analyse von Zwischenfällen und Beinahe-Zwischenfällen implementiert. „CIRS ist nur eines von vielen Instrumenten des Risikomanagements und ersetzt nicht eine umfassende Qualitäts- und Risikostrategie, wie sie für Gesundheitseinrichtungen gefordert wird.“ Das Pilotprojekt CIRSmedical.at wurde von der Österreichischen Ärztekammer als Lizenznehmerin und Verantwortliche für die Einrichtung der Internetplattform in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Frühjahr 2009 initiiert“ „Ziel des Fehlerbericht- und Lernsystems auf Internetbasis ist, sowohl die Qualität der medizinischen Versorgung als auch die Sicherheit für Patientinnen und Patienten wie auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen.“ Quelle: Geißler W., Holzer U., Kernstock E.M. et al.: Österreichweites Fehlermelde- und Lernsystem CIRSmedical.at Evaluation. Pilotprojekt, Evaluation-Endbericht, Wien, 2011 http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/0/6/CH1331/CMS1316091186096/oesterreichweites_fehlermelde_lernsystem_1_0-fehler.pdf

Kurz-Bezeichnung des Indikators(falls vorhanden)	Subjektive Einschätzung unerwünschter Ereignisse
Langform der Bezeichnung	Subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit eines unerwünschten Ereignisses im Zuge der Gesundheitsversorgung
Zuordnung im Framework	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Im Rahmen der Gesundheitsversorgung kann es manchmal zu unerwünschten Ereignissen kommen. Als unerwünschte Ereignisse werden Komplikationen definiert, welche durch das Behandlungsmanagement auftreten und nicht durch die Art der Erkrankung selbst und die zu Tod, Behinderung oder verlängertem Krankenhausaufenthalt führen http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=67266&p_tabid=2&p_pubid=138398 Der Indikator misst die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit eines unerwünschten Ereignisses im Zuge der Gesundheitsversorgung aus PatientInnenperspektive
Datenquellen	EUROBAROMETER z.B.: Frage QD 5: „Being harmed when receiving healthcare is also referred to as „adverse events“. Thinking of the following types of adverse events in your view, how likely, if at all, is that each of them might happen to you if you were to receive healthcare?“ <ul style="list-style-type: none"> • Hospital infections • Incorrect, missed or delayed diagnoses • Surgical errors • Medicationrelatederrors • Medical device or equipment related errors Answer (for each item): „Very likely / fairly likely / not very likely / Not at all likely“
Aktualität und Periodizität	Spezial Eurobarometer 327: Befragung wurde 2009 durchgeführt. Evtl. Aufnahme der Fragestellung in bestehende Surveys?
Berechnungsmethode	Rate: Befragte mit der jeweiligen Antwortkategorie verylikely oder fairlylikely / alle BefragungsteilnehmerInnen * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status
Verwendung	SpezialEurobarometer 327 „Patient safety and quality of healthcare“
Referenzen	http://ec.europa.eu/health/patient_safety/eurobarometers/index_en.htm
Anmerkungen	Mittels vorhandener Daten (Erhebung Eurbarometer) keine Stratifizierbarkeit nach Bundesländern möglich. Eurobarometer: „... In allen Ländern wurden das Geschlecht, das Alter, die Regionen und die Siedlungsgröße in das Iterationsverfahren einbezogen.“ Quelle: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_327_sum_de.pdf

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Schwere oder tödliche Zwischenfälle
Langform der Bezeichnung	Rate der unerwünschten Ereignisse, welche zu schweren oder tödlichen Zwischenfälle führen können, bei Spitalsaufenthalten auftreten und codiert werden
Zuordnung im Framework	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Im Rahmen der Gesundheitsversorgung kann es manchmal zu unerwünschten Ereignissen kommen. Als unerwünschte Ereignisse werden Komplikationen definiert, welche durch das Behandlungsmanagement auftreten und nicht durch die Art der Erkrankung selbst und die zu Tod, Behinderung oder verlängertem Krankenhausaufenthalt führen. <i>Quelle:</i> http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=67266&p_tabid=2&p_pubid=138398 Der Indikator misst die Rate der unerwünschten Ereignisse, welche zu schweren oder tödlichen Zwischenfällen führen können.
Datenquellen	DIAG (Haupt- und Nebendiagnosen) BIG (Modul Krankenanstalten) Als Datenquelle dienen die abgerechneten Krankenhausdaten mit den nach Haupt- und Nebendiagnosen definierten ICD-10 Codes
Aktualität und Periodizität	Jährlich aktualisierbar
Berechnungsmethode	Rate: schwere oder tödliche Zwischenfälle beschreiben das Ausmaß der Zwischenfälle pro 1.000 Aufnahmen
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht
Verwendung	Siehe Referenzen
Referenzen	z.B. https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=67264&p_tabid=2&p_pubid=138398 http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/1cd-10_bmg_2013_-_systematisches_verzeichnis.pdf
Anmerkungen	„Wird im Falle eines unerwünschten Verlaufes immer nur ein „Schuldiger“ gesucht und möglicherweise auch noch bestraft, liegt es nahe, Vorkommnisse nicht zu dokumentieren und möglichst zu verschweigen... „...Medizinisches Handeln ist immer mit dem Risiko unerwünschter Ergebnisse verbunden..... Viele der unerwünschten Verläufe sind schicksalhaft oder entstehen durch eine Verkettung von Situationen und Handlungen, die vom Einzelnen nicht verhinderbar oder beeinflussbar sind. ... Auch wurden die Diagnosen mitunter von den Krankenanstalten gemeldet, welche die Patienten gerade wegen der Komplikationen zutransferiert bekamen, um die Weiterbehandlung zu übernehmen... Alle diese Gründe verwehren die Verwendung der Diagnosedaten in diesem Bereich für direkte Vergleiche zwischen Krankenanstalten. Eine Interpretation ist mit Vorsicht anzustellen...“ <i>Quelle:</i> http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=67266&p_tabid=2&p_pubid=138398

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Postoperative Komplikationen (Risiko-adjustiert)
Langform der Bezeichnung	Rate der Entlassungen mit einer Diagnose (Nebendiagnose) definiert als postoperative Komplikation
Zuordnung im Framework	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Im Rahmen der Gesundheitsversorgung kann es manchmal zu postoperativen Komplikationen kommen. In der Theorie und Praxis sollten jedoch nach einer Operation Komplikationen wie beispielsweise <ul style="list-style-type: none"> • Postoperative Embolie oder Thrombose • Postoperative Sepsis • Postoperative Hüftfraktur vermieden werden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Der Indikator misst die Rate der Komplikationen nach Operationen und Eingriffen. Postoperative Komplikationen werden definiert als die Anzahl der Entlassungen mit einem entsprechenden ICD 10 Code. Diese werden Entlassungen mit einem Code für einen operativen Eingriff gegenübergestellt.
Datenquellen	DIAG (Haupt- und Nebendiagnosen) BIG (Modul Krankenanstalten) Als Datenquelle dienen die abgerechneten Krankenhausdaten mit den definierten ICD-10 Codes
Aktualität und Periodizität	Jährlich berechenbar
Berechnungsmethode	In Anlehnung an OECD (z.B.: Rate: Anzahl der Entlassungen mit einem entsprechenden ICD 10 Code pro 1.000 Entlassungen mit einem Code für einen operativen Eingriff) Notiz: „The calculation of several indicators requires the exclusion of certain Major Diagnostic Categories to ensure that whole populations with high risk for a condition are not counted“ <i>Quelle:</i> http://www.oecd.org/els/health-systems/40401929.pdf
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht,
Verwendung	AHRQ, OECD Health
Referenzen	http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/04/03/01/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/9789264183896-44-en&containerItemId=/content/serial/23056088&accessItemIds=/content/book/9789264183896-en&mimeType=text/html http://www.oecd.org/els/health-systems/40401929.pdf http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx
Anmerkungen	Postoperative Hüftfraktur: „Previous unpublished studies showed that this indicator might capture pre-admission hip fracture as well as the in-patient complication. <i>Quelle:</i> http://www.oecd.org/els/health-systems/40401929.pdf

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Subjektiver Gesundheitszustand
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Gesundheitszustand der Bevölkerung
Zuordnung im Framework	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit im Allgemeinen in fünf Kategorien von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“.
Datenquellen	Befragungsergebnis aus ATHIS von Statistik Austria. Frage: <i>Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?</i> Antworten: <i>sehr gut, gut</i>
Aktualität und Periodizität	Der erste ATHIS war 2006/2007, der zweite findet 2013/2014 statt.
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit. Siehe Datenquellen
Stratifizierbarkeit	Geschlecht Bundesland Alter
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html
Anmerkungen	Der ATHIS liefert repräsentative Ergebnisse auf Bundeslandebene. Der Abstand zwischen den Befragungen ist relativ groß. Es wäre auch möglich, den Indikator jährlich mithilfe der EU-SILC zu berechnen – dann jedoch nur auf nationaler Ebene. Statistik Austria (04.10.2013): <i>„Die sogenannten MEHM (Minimum European Health Module)-Fragen (subjektive Gesundheit, chronische Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben) sind sowohl im SILC wie auch im ATHIS enthalten. Da sich die Ergebnisse jedoch etwas unterscheiden, haben wir für die Veröffentlichung der gesunden Lebenserwartungen beschlossen, die Ergebnisse zu chronischer Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben aus dem SILC, jene zur subjektiven Gesundheit aus der Gesundheitsbefragung zu verwenden.“</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	TN-Zufriedenheit GF und Prävention
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit Gesundheitsförderungs- oder Präventionsangeboten
Zuordnung im Framework	Bereich: Hohe Zufriedenheit Funktion Gesundheit stärken Overarching Indicator Anmerkung: neuer Indikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Befragung der TeilnehmerInnen an Gesundheitsförderungs- oder Präventionsangeboten der SV zur generellen Zufriedenheit mit dem Angebot. Im Zuge von ATHIS Frage nach Teilnahme an GF- oder Präventionsangeboten der SV (Aufzählung von Beispielen) und Erhebung der Zufriedenheit durch Beantwortung einer Globalfrage.
Datenquellen	ATHIS (neu)
Aktualität und Periodizität	Jährliches Update
Berechnungsmethode	Anteil der „sehr zufriedenen“ und „größtenteils zufriedenen“ unter den Teilnehmenden.
Stratifizierbarkeit	Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	neu
Anmerkungen	Die verschiedenen AnbieterInnen von GF und Prävention zu einer vergleichbaren und konsequenten Zufriedenheitsmessung unter den Teilnehmenden zu akkordieren, stellt im Vergleich zu einer geringfügigen Adaption des ATHIS einen zu hohen Aufwand in Aussicht.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Zufriedenheit mit medizinischer Versorgung im Bundesland
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit der SV-Versicherten mit der medizinischen Versorgung im Bundesland
Zuordnung im Framework	Bereich: Hohe Zufriedenheit Funktion Krankheit behandeln Overarching Indicator Anmerkung: SV-Kundenbefragung
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der SV-KundInnen, die auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Ihrem Bundesland?“ mit 1=sehr gut oder 2=recht gut antworten.
Datenquellen	SV-Kundenbefragung
Aktualität und Pe-	Alle paar Jahre: 2005, 2006, 2008, 2010

Indikatorenbeschreibung Bereich 7: Zufriedenheit

Periodizität	
Berechnungsmethode	Siehe Definition
Stratifizierbarkeit	Bundesland, KV-Träger
Verwendung	HVB
Referenzen	
Anmerkungen	Es ist wichtig, die Aktualität und Periodizität im Auge zu behalten. Bei vom HVB in Auftrag gegebenen SV-Kundenbefragungen müsste die Frage fortan erhalten bleiben. Werte aus 2005, 2006, 2008 und 2010 liegen vor.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Zufriedenheit Gesundheitssystem
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem
Zuordnung im Framework	Bereich: Hohe Zufriedenheit Funktion Krankheit behandeln Overarching Indicator Anmerkung: ATHIS – neue Frage
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten in ATHIS, der mit dem österreichischen Gesundheitssystem im Allgemeinen sehr bzw. überwiegend zufrieden ist.
Datenquellen	Befragungsergebnis aus ATHIS von Statistik Austria. Neu zu entwickelnde Frage.
Aktualität und Periodizität	ATHIS alle 6 – 7 Jahre, neue Frage – bisher nicht erhoben
Berechnungsmethode	Siehe Definition
Stratifizierbarkeit	Bundesland, Alter, Geschlecht
Verwendung	Neue Kennzahl in ATHIS
Referenzen	Neue Kennzahl in ATHIS
Anmerkungen	Laut aktuellem Bundes-Zielsteuerungsvertrag Zielsteuerung Gesundheit ist die Adaption des ATHIS eine Maßnahme für das operative Ziel 8.4.1 "Regelmäßig die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem und den subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung messen." Statistik Austria (16.10.2013): „Im ATHIS 2014 kommt die Messung zur Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung etc. nicht vor. Der Fragebogen wurde mit dem BMG abgesprochen. Die Befragung läuft auch schon seit Oktober 2013 und der Fragebogen wird für diese Welle nicht mehr verändert. Wie es dazu gekommen ist, dass im Zielsteuerungsvertrag als Maßnahme die Adaption des Fragebogens des ATHIS bis Ende 2013 enthalten ist, kann ich nicht sagen. Wir waren in diesen Prozess nicht involviert und wurden diesbezüglich auch nicht kontaktiert. In den Arbeitsgruppe-Sitzungen hat es

	<i>kurz die Überlegung gegeben, Fragen zur Patientenzufriedenheit aufzunehmen (auf Wunsch von BMG und Hautverband), die Fragen dazu wurden dann aber seitens des BMG wieder gestrichen.“</i>
--	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt insgesamt
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln Overarching Indicator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, die die Frage „Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Krankenhausaufenthalt?“ mit „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ beantworten.
Datenquellen	GÖG – sektorenübergreifende Patientenbefragung
Aktualität und Periodizität	Bericht aus 2010/2011 liegt vor (paper&pencil). Konzeption der nächsten Befragung inklusive extramuraler Bereich bis Mitte 2014 geplant (inkl. Befragungsmethodik).
Berechnungsmethode	Relativer Anteil der Befragten, die zustimmen (siehe Definition des Indikators)
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Krankenanstalt, Region, Bundesland
Verwendung	BMG, GÖG
Referenzen	http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsberichterstattung/Erste_sektoreneuebergreifende_Patientenbefragung http://www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Sektoreneuebergreifende-Patientenbefragung96.html
Anmerkungen	Aufgrund des Befragungsmodus und der unterschiedlichen Rücklaufquoten, können vorab keine Aussagen über die Repräsentativität (z.B. auf regionaler Ebene) getroffen werden. „Die Auswertungsergebnisse stehen den Krankenanstaltenträgern, Krankenanstalten und Abteilungen als pseudonymisiertes Benchmarking zur Verfügung. Dies ermöglicht den nationalen Vergleich und zeigt etwaige Problemfelder im Krankenhaus sowie an den Nahtstellen auf, woraus Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet werden sollten. Diese Maßnahmen können im Rahmen weiterer Befragungen evaluiert werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist durchwegs zu berücksichtigen werden, dass die Ergebnisse die subjektive Patientenmeinung widerspiegeln. Internationale Erfahrungen zeigen, dass aus Patientensicht Probleme identifiziert werden können und Patientenzufriedenheitsbefragungen eine Grundlage zur Verbesserung von Prozessen darstellen.“ (Bericht 2011, S.79) GÖG (18.10.2013): „Zum operativen Zieles 8.4.1 des Bundeszielsteuerungs-Vertrages gibt es

	<p><i>bereits Vorarbeiten bzw. laufende Tätigkeiten. Im Jahr 2012 wurde ein Methodenbericht erarbeitet, der ein Konzept inkl. möglicher Fragen zur Durchführung einer Befragung im extramuralen Bereich beinhaltet.</i></p> <p><i>Die in dem Bericht erarbeiteten Durchführungsvarianten wurden in der Zwischenzeit konkretisiert und in einem Arbeitspapier zusammengefasst. In diesem unveröffentlichten Papier ist auch beschrieben, dass für den stationären Bereich das bereits erarbeitete und bewährte Konzept beibehalten werden soll [2010/2011]. Auch die bereits erprobten Fragen sollen in einer nächsten Befragung wieder zum Einsatz kommen (ev. 1-2 kleinere Anpassungen).</i></p> <p><i>Derzeit ist geplant, dass das detaillierte Konzept zur Durchführung der sektorenübergreifenden Patientenbefragung mit Expertinnen/Experten bis Mitte 2014 diskutiert und finalisiert werden soll.“</i></p>
--	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Zufriedenheit Allgemeinmedizin extramural
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung (Allgemeinmedizin extramural)
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln Overarching Indicator Anmerkung: sektorenübergreifende Patientenbefragung - NEU
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, der die Frage „Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der ärztlichen Behandlung beim Arzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt)?“ mit „sehr zufrieden“ beantwortet.
Datenquellen	GÖG – sektorenübergreifende Patientenbefragung – NEUE Frage
Aktualität und Periodizität	Bericht aus 2010/2011 zum intramuralen Sektor liegt vor (paper&pencil). Konzeption der nächsten Befragung inklusive extramuraler Bereich bis Mitte 2014 geplant (inkl. Befragungsmethodik).
Berechnungsmethode	Relativer Anteil der Befragten, die zustimmen (siehe Definition des Indikators)
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Krankenanstalt, Region, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	neu
Anmerkungen	<p>GÖG (18.10.2013): „Zum operativen Zieles 8.4.1 des Bundeszielsteuerungs-Vertrages gibt es bereits Vorarbeiten bzw. laufende Tätigkeiten. Im Jahr 2012 wurde ein Methodenbericht erarbeitet, der ein Konzept inkl. möglicher Fragen zur Durchführung einer Befragung im extramuralen Bereich beinhaltet.“</p> <p><i>Die in dem Bericht erarbeiteten Durchführungsvarianten wurden in der Zwischenzeit konkretisiert und in einem Arbeitspapier zusammengefasst. In diesem unveröffentlichten Papier ist auch beschrieben, dass für den stationären Bereich das bereits erarbeitete und bewährte Konzept beibehalten werden soll [2010/2011]. Auch die bereits erprobten Fragen sollen in einer nächsten Befragung wieder zum Einsatz kommen (ev. 1-2 kleinere Anpassungen).</i></p>

Indikatorenbeschreibung Bereich 7: Zufriedenheit

	<p><i>Derzeit ist geplant, dass das detaillierte Konzept zur Durchführung der sektorenübergreifenden Patientenbefragung mit Expertinnen/Experten bis Mitte 2014 diskutiert und finalisiert werden soll.“</i></p>
--	--

Anhang

Literaturübersicht

Internetquellen und Publikationen, die nur für die Beschreibung der Indikatoren benötigt wurden, die jedoch nicht zur Grundlagenliteratur gezählt werden, sind jeweils bei den Indikatoren angeführt (s.o.) – und nicht bei den Literaturquellen im folgenden Anhang.

A

Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports

(A Resource Kit. Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health)

Government Services Canada, 2001, Cat. N° H39-566/2001E, ISBN 0-662-29866-7

Editors: Kimberley McEwan PhD and Elliot M. Goldner MD
Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit
Department of Psychiatry, University of British Columbia

Date: January 2001

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/service>

A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries

European Journal of Public Health, Vol. 23, No. 2, 195–344 doi: 10.1093/eurpub/cks192.

Editors: Johan P. Mackenbach, Martin McKee

Date: 11 February 2013

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/23/2/195.full.pdf+html>

A conceptual framework for the OECD

Health Care Quality Indicators Project

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 5–13

Editors: Onyebuchi A. Arah, Gert P. Westert, Jeremy Hurst and Niek S. Klazinga

Date: September 2006

Downloaded from <http://intqhc.oxfordjournals.org/>

http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/5.abstract

A framework for assessing the performance of health systems

Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6)

Editors: Christopher J.L. Murray and Julio Frenk

Date: 2000

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10916909>

Ambulatory Care Sensitive Conditions, Master Thesis

Erste Anwendung eines internationalen Indikators in der Steiermark

Autorin: Dr. Almut Michaela Frank, Medizinische Universität Graz

Datum: Graz, Dezember 2009

[http://public-](http://public-health.medunigraz.at/archiv/Mastersarbeiten/Maste%20Thesis%20AMF%202009%20%20Endversion%20PDF.pdf)

[health.medunigraz.at/archiv/Mastersarbeiten/Maste%20Thesis%20AMF%202009%20%20Endversion%20PDF.pdf](http://public-health.medunigraz.at/archiv/Mastersarbeiten/Maste%20Thesis%20AMF%202009%20%20Endversion%20PDF.pdf)

AMIEHS - Avoidable mortality in the European Union:

Towards better indicators for the effectiveness of health systems

EU Public Health Program 2007106, Volume 1: Final report

Editors: Iris Plug, Rasmus Hoffmann and Johan Mackenbach

Date: August 2011

<http://amiehs.lshtm.ac.uk/>

A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures

Health Research and Educational Trust DOI: 10.1111/j.1475-6773.2008.00942.x 2009

Editors: Peter S. Hussey, Han de Vries, John Romley, Margaret C. Wang, Susan S. Chen, Paul G. Shekelle and Elizabeth A. McGlynn

Date: June 2009

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19187184>

Atlas of health in Europe

2nd edition 2008, ISBN 978 92 890 1410 6

Editor: WHO publishing

Date: 2008

<http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/atlas-of-health-in-europe,-2nd-edition-2008>

B

Beyond the initial indicators: lessons from the OECD Health Care Quality

Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report
International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 45–51
Editors: Edward T. Kelley, Irma Arispe and Julia Holmes
Date: September 2006
http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/45.long

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation
Sachverständigenrat der BRD für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Gutachten 2000/2001
<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=260>

C

Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU

HLS-EU Consortium (2012)
Editors: Jürgen Pelikan, Florian Röhlin, Kristin Ganahl
<http://www.health-literacy.eu>

**Cross-Country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors:
Options for Research**

Economics Department Working Papers, No. 554
Editors: Unto Häkkinen and Isabelle Joumard
Date: 28 May 2007
http://www.oecd-ilibrary.org/economics/cross-country-analysis-of-efficiency-in-oecd-health-care-sectors_178861806081

D

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2010

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
AutorInnen: Claudia Habl, Florian Bachner
Datum: Wien, Februar 2010
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Systembericht2010>

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Ausgabe 2011 Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

AutorInnen: Florian Bachner, Joy Ladurner, Katharina Habimana, Herwig Ostermann, Claudia Habl
Datum: Wien, Mai 2012
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Das-oesterreichische-Gesundheitswesen-im-internationalen-Vergleich-2012.html>

Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries:

A Pooled, Cross-Country, Time-Series Analysis

OECD Economic Studies No. 30, 2000/I
Editor: Zeynep Or
Date: 2000
<http://www.econbiz.de/Record/determinants-of-health-outcomes-in-industrialised-countries-a-pooled-cross-country-time-series-analysis-zeynep/10001457579>

Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?

WIP Diskussionspapier 12/09
AutorInnen: Frank Niehaus, Verena Finkenstädt
Datum: Dezember 2009
http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Deutschland_ein_teures_Gesundheitswesen.pdf

Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system

International Journal for Quality in Health Care 2004; Volume 16, Supplement 1: pp. i65–i71

Editors: A. H. A. Ten Asbroek, O.A. Arah, J. Geelhoed, T. Custers, D. M. Delnoij and N. S. Klazinga

Date: April 2004

Downloaded from <http://intqhc.oxfordjournals.org/>

http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/suppl_1/i65.abstract

E

Eurohealth (4 articles) Volume 16 Number 3

The performance paradigm in the English NHS: Potential, pitfalls, and prospects

Author: Mark Exworthy

If neither altruism nor markets have improved NHS performance, what might?

Author: Gwyn Bevan

Improving performance in the English National Health Service

Author: Chris Ham

Health system performance management: Quality for better or for worse

Author: Niek Klazinga

Date: 2010

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf

European Health Indicators: Development and Initial Implementation

Final Report of the ECHIM Project, Publications of the National Public Health

Editors: Katri Kilpeläinen, Arpo Aromaa and the ECHIM Core Group

Date: Helsinki 2008

http://www.echim.org/docs/ECHIM_final_report.pdf

Euro Hepatitis Index

2012 report ISBN 978-91-980687-0-2

Editors: Beatriz Cebolla Ph.D, Arne Björnberg Ph.D

Date: 6 November 2012

http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=58&Itemid=78

EuroReach. Improved access to health care data through cross-country comparison. Good practice on data linkages and performance measurement in relation to access to national health care data systems

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

Editor: Euro Reach Publishing

Datum: August 2011

<http://www.euroreach.net/sites/default/files/EuroREACH-WP3%20Final%20Report.pdf>

EuroReach. Improved access to health care data through cross-country comparison. A Handbook to Access Health Care Data for Cross-country Comparisons of Efficiency and Quality

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

Date: August 2011

http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP5%20Handbook_Draft%20Deliverable.pdf

EuroReach. Improved access to health care data through cross-country comparison. Draft report evaluating framework and methodological approaches

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

Editor: Zeynep Or

Date: August 2011

<http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP1%20Revised%20EuroREACH%20Framework%20Deliverable.pdf>

EuroReach. Improved access to health care data through cross-country comparison. Coordination with European and International Initiatives

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

AutorInnen: Britta Zander, Reinhard Busse

Datum: August 2011

<http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP2%20Coordination%20of%20Health%20Data%20Initiatives%20Deliverable.pdf>

EuroReach. Improved access to health care data through cross-country comparison. International Health Data Systems

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

Date: August 2011

<http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP4%20International%20Health%20Data%20Systems%20Deliverable.pdf>

F

Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians

HealthEcon. 12: 741–754 (2003)

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI:10.1002/hec.823

Editors: Eric Delattre and Brigitte Dormont

Date: 20 June 2003

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12950093>

G

Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich.

WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Autoren: MM Hofmarcher, HM Rack

Datum: 2006

<http://www.gsund.net/cms/beitrag/10082400/2504864/>

Gesundheitssystemforschung in Österreich – erster Teil

Soziale Sicherheit 10/2011

Autor: Gottfried Endel

Datum: Oktober 2011

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=71301&p_tabid=2&p_pubid=650904

**Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsstatistik in der Europäischen Union
Stand und Perspektiven im Hinblick auf die „offene Methode der Koordinierung“**

Autor: Markus Schneider

Datum: April 2002

<http://www.econbiz.de/Record/gesundheitssystemforschung-gesundheitsstatistik-europ%c3%a4ischen-union-stand-perspektiven-hinblick-offene-methode-koordinierung-schneider-markus/10001661645>

Gesundheitsziele und –indikatoren als Steuerungsinstrument der sozialen Krankenversicherung, Institut für Höhere Studien IHS

AutorInnen: Maria M. Hofmarcher, Markus Kraus und Monika Riedel

Datum: 2004

H

Health at a Glance: Europe 2012

OECD publishing

Date: 16 November 2012

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper

OECD Health Working Papers No. 23

Editors: Edward Kelley and Jeremy Hurst

Date: 09 March 2006

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_440134737301

Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report

OECD Health Working Papers No. 29

Editors: Sandra Garcia Armesto, Maria Luisa Gil Lapetra, Lihan Wei, Edward Kelley

Date: 11 October 2007

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project-2006-data-collection-update-report_058047614770

Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report

OECD Health Working Papers No. 22

Editors: Soeren Mattke, Edward Kelley, Peter Scherer, Jeremy Hurst,

Maria Luisa Gil Lapetra

Date: 09 March 2006

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_481685177056#page1

Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009

OECD Health Working Papers No. 47

Editors: Saskia Drösler, Patrick Romano, Lihan Wei

Date: 23 November 2009

<http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/220112312723>

Health Care Systems: Efficiency and Institutions

OECD Economics Department Working Papers, No. 769

Editors: I. Joumard, C. André and C. Nicq

Date: 2010

<http://dx.doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>

Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policymaking

OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 36

Editors: M. Jee and Z. Or

Date: 1999

<http://dx.doi.org/10.1787/513803511413>

Health Status Determinants:

Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency

OECD Economics Department Working Papers, No. 627

Editor: I. Joumard et al.

Date: 2008

<http://dx.doi.org/10.1787/240858500130>

Health care system performance of 27 OECD countries

Int J Health PlannMgmt 2012; 27: 104–129.

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/hpm.1110

Editors: Éric N. Tchouaket, Paul A. Lamarche, Lise Goulet and

André Pierre Contandriopoulos

Date: 2 February 2012

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22302676>

Health indicators for the European Community

The ECHI project

European Journal of Public Health 2003; 13 (3 Supplement): 101-106

Editor: Pieter G. N. Kramers

Date: 2003

http://eurpub.oxfordjournals.org/content/13/suppl_3/101.short

Health Inequalities: Europe in Profile

An independent, expert report commissioned by the UK

(This report was produced as a part of the project entitled "Tackling Health Inequalities: Governing for Health" which was supported by funding from the European Commission)

Editor: Prof. Dr Johan P. Mackenbach

Date: February 2006

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf

Health System Performance. An Agenda for Policy, Information and Research.

European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press

Datum: 2013.

Editors: Irene Papanicolas, Peter C. Smith

ISBN-10: 033524726-1

How much does health care contribute to health gain and to health inequality?

Trends in amenable mortality in New Zealand 1981-2004

Australian and New Zealand Journal of Public Health 2009 vol. 33 no. 1

Editors: Martin Tobias and Li-Chia Yeh

Date: 10 February 2009

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1753-6405.2009.00342.x/abstract>

J

Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in health 2020

Editor: WHO publishing

Date: Copenhagen, 5–7 February 2013

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/joint-meeting-of-experts-on-targets-and-indicators-for-health-and-well-being-in-health-2020>

K

Krankheiten in Österreich – zweiter Teil

Soziale Sicherheit 12/2011

Autor: Gottfried Endel

Datum: Dezember 2011

http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=74337&p_tabid=2&p_pubid=651917

M

Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries

OECD Health Working Papers, No. 43doi: 10.1787/225748084267

Editors: M. deLooper and G. Lafortune (2009), "

Date: 9 March 2009

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-disparities-in-health-status-and-in-access-and-use-of-health-care-in-oecd-countries_225748084267

Measuring quality in Australian mental health services

Editors: Jane Pirkis, Philip Burgess, David Dunt and Lisa Henry

Date: December 1999

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-m-quality>

Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes, General practice

BMJ 1999;319:94–8, BMJ VOLUME 319, www.bmj.com

Editors: Antonio Giuffrida, Hugh Gravelle, Martin Roland

Date: 10 July 1999

<http://www.bmj.com/content/319/7202/94>

Measuring Results of Health

Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators. Special Initiatives Report No. 1. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

Editors: James C. Knowles, Charlotte Leighton and Wayne Stinson

Date: 1997

<http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1246/>

Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis

Health Affairs, 27, no.1 (2008):58-71

Editors: Ellen Nolte and C. Martin McKee

Date: 2008

<http://content.healthaffairs.org/content/27/1/58.abstract>

Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries

Editor: Peter Smith

Date: 2002

http://www.oecd.org/els/health-systems/measuringup_improvinghealthsystemperformanceinoecdcountries.htm

Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries:

Estimates and Methodological Issues

OECD Health Working Papers No. 55 doi: 10.1787/5kgj35f9f8s2-en

Editor: J. G. Gay et al.

Date: 31 January 2011

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mortality-amenable-to-health-care-in-31-oecd-countries_5kgj35f9f8s2-en

O

OECD Health Care Quality Indicator Project

The expert panel on primary care prevention and health promotion

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 21–25

Editors: Martin Marshall, Niek Klazinga, Sheila Leatherman, Charlie Hardy, Ecjhard Bermann, Luis Pisco, Soeren Mattke and Jan Mainz

Date: September 2006

Downloaded from <http://intqhc.oxfordjournals.org/>

http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/21.full

Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007

Hauptergebnisse und methodische Dokumentation

Statistik Austria, ISBN 978-3-902611-04-8

AutorInnen: Jeannette Klimont, Josef Kytir, Barbara Leitner

Datum: Wien 2007

http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457

P

Performance indicators for primary care groups: An evidence based approach

General practice

BMJ VOLUME 317, www.bmj.com

Editors: Alastair McColl, Paul Roderick, John Gabbay, Helen Smith, Michael Moore

Date: 14 November 1998

<http://www.bmj.com/content/317/7169/1354>

Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects

European Observatory on Health Systems and Policies

Editors: Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas, Sheila Leatherman

Date: 2010

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences.-challenges-and-prospects>

Performance von Gesundheitssystemen

Health System Watch IV / WINTER 2010

Autoren: Thomas Czypionka, Gerald Röhrling, Marcel Kalmar

Datum: 2010

http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw10_4d.pdf

Public health in Austria - An analysis of the status of public health

World Health Organization 2011 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, ISBN 978 92 890 0249 3

Editors: Joy Ladurner, Marlene Gerger, Walter W. Holland, Elias Mossialos, Sherry Merkur, Susie Stewart, Rachel Irwinand Jürgen Soffried

Datum: 2011

<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-in-austria.-an-analysis-of-the-status-of-public-health>

Public Sector Performance: Gesundheit

Eine erste Abschätzung im internationalen Vergleich

Studie im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich

AutorInnen: Thomas Czypionka, Gerald Röhrling, Karin Schönplflug

Datum: Juli 2012

<http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CD0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ihs.ac.at%2Fpublications%2Flib%2Fots012552012.pdf&ei=VqmEUtqPOMjStAaOy4HoCQ&usq=AFQjCNGeTcbRyuel0s177d0YaTRR49AWgg>

Q

Quality and Outcome Indicators for Acute Healthcare Services

Australian Government Publishing Service

Editors: Neil Boyce, John McNeil, Debra Graves, David Dunt

Date: Canberra, 1997

<http://www.health.gov.au/pubs/qualrprt/execsmry.pdf>

Quality in and Equality of Access to Healthcare Services, Executive Summary

European Commission

Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

Editors: Manfred Huber, Anderson Stanciole, Kristian Wahlbeck, Noline Tamsma, Federico Torres, Elisabeth Jelfs, Jeni Bremner

Date: March 2008

http://www.raceforhealth.org/resources/library/european_commission/quality_in_and_equality_of_access_to_health_care_services_executive_summary

Quality indicators for international benchmarking of mental health care

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 31–38

Editors: Richard C. Hermann, Soeren Mattke, David Somekh, Helena Silfverhielm, Elliot Goldner, Gyles Glover, Jane Pirkis, Jan Mainz and Jeffrey A. Chan

Date: September 2006

http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/31.full

R

Rahmen-Gesundheitsziele

Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Langfassung
Autorinnen: Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, Mag. Christa Peinhaupt,
Datum: Wien, 2012
http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/rahmen-gesundheitsziele_240512.pdf

Recent findings on preventable hospitalizations

HealthAffairs, 15, no.3 (1996):239-249
Editors: J. Billings, G. M. Anderson and L. S. Newman
Date: 1996
<http://content.healthaffairs.org/content/15/3/239.abstract>

S

Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 14–20
Editors: Vivienne McLoughlin, John Millar, Soeren Mattke, Margarida Franka, Pia Maria Jonsson, David Somekh and David Bates
Date: September 2006
Downloaded from <http://intqhc.oxfordjournals.org/>
http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/14.long

Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries

OECD Health Technical Papers No. 14
Editors: Laura Lambie, Soeren Mattke
Date: 28 October 2004
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/selecting-indicators-for-the-quality-of-cardiac-care-at-the-health-systems-level-in-oecd-countries_230016103828

Selecting indicators for the quality of cardiac care at the health system level in Organization for Economic Co-operation and Development countries

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 39–44
Editors: Ulla M. Idänpään-Heikkilä, Laura Lambie, Soeren Mattke, Vin Mc Laughlin, Heather Palmer and Jack V. Tu
Date: September 2006
http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/39.full

Selecting indicators for the quality of diabetes care at the Health Systems Level in OECD Countries

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 26–30
Editors: Antonio Nicolucci, Sheldon Greenfield and Soeren Mattke
Date: September 2006
http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/26.full

Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit

Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007
Statistik Austria, ISBN 978-3-902611-12-3
AutorInnen: Jeannette Klimont, Petra Ihle, Erika Baldaszti, Josef Kytir
Datum: Wien 2008
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/publdetail?id=88&listid=88&detail=458

T

The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators

BMC Family Practice 2010, 11:81

Editors: Dionne S Kringos, Wienke GW Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotar Pavlic, Igor Svab, Paolo Tedesch8, Andrew Wilson, Adam Windak, Toni Dedeu, Stefan Wilm

Date: 2010

<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/81>

(This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons), Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

The Measurement of Efficiency and Productivity of Health Care Delivery

HealthEcon. 17: 1107–1128 (2008)

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

DOI: 10.1002/hec.1391

Editor: Bruce Hollingsworth

Date: 13 August 2008

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18702091>

The OECD Health Care Quality Indicators Project: History and Background

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 1–4

Editors: Soeren Mattke, Arnold M. Epstein and Sheila Leatherman

Date: September 2006

Downloaded from <http://intqhc.oxfordjournals.org/>

http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/1.full

The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions

European Journal of Public Health 2004; 14: 246–251

Editors: Josefina Caminal, Barbara Starfield, Emília Sánchez, Carmen Casanova†, Marianela Morales

Date: September 2004

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/14/3/246.abstract>

U

Umsetzung von Gesundheitszielen

Maßnahmen und Monitoring am Beispiel ausgewählter Länder

Institut für Höhere Studien

Im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger

AutorInnen: Thomas Cypionka, Clemens Sigl, Miriam Reiss

Datum: Mai 2013

Using ‘amenable mortality’ as indicator of healthcare effectiveness in international comparisons: results of a validation study

J Epidemiol Community Health 2013;67:139–146. doi:10.1136/jech-2012-201471

Editors: Johan P Mackenbach, Rasmus Hoffmann, Bernadette Khoshaba, Iris Plug,

Grégoire Rey, Ragnar Westerling, Kersti Pärna, Eric Jouglu, José Alfonso, Caspar Looman, Martin McKee

Date: 25 September 2012

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23012400>

Using performance indicators to improve health care quality in the public sector:

A review of the literature

Health Serv Manage Res 2002 15: 126

Editor: Tim Freeman

Date: May 2002

Downloaded from hsm.sagepub.com

<http://hsm.sagepub.com/content/15/2/126.abstract>

V

Variability in Healthcare Treatment Costs Amongst Nine EU Countries - Results from the Healthbasket Project

Health Econ. 17: S1–S8 (2008)

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).DOI: 10.1002/hec.1330

Editors: Reinhard Bussea, Jonas Schreyo and Peter C. Smith

Date: 9 January 2008

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1330/abstract>

Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben

Gesundheitsversorgung und Disease Management–Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung

Autor: Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff,

Datum: Bern, 2003

http://www.researchgate.net/publication/255650984_Versorgungsforschung_Begriffsbestimmung_Gegenstand_und_Aufgaben_13?ev=pub_cit

Versorgungsforschung – Begriffsbildung, Ziele und Forschungszeige

Kolloquium Versorgungsforschung der European Medical School

Autor: Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Datum: Oldenburg, 02.05.2011

http://www.offis.de/fileadmin/Redakteur_fue_files/Gesundheit/EMS/Folien/EMS_Kolloquium_Versorgungsforschung_Prof._Pfaff_Uni_Koeln_Folien_20110502.pdf

W

What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system

Public Administration Vol. 84, No. 3, 2006 (517–538)

Editors: Gwyn Bevan and Christopher Hood

Date: 2006

<http://eprints.lse.ac.uk/16211/>

Wiederaufnahmen in österreichischen Krankenhäusern. Eine tracerspezifische Betrachtung, Master Thesis

Autor: Stefan Hinteregger, Fachhochschule Kärnten

Datum: Radenthein, 2012

http://www.hauptverband.at/mediaDB/947958_Masterthesis-Wiederaufnahmen_in_Krankenanstalten.pdf