

Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen

Schwerpunkt: Outcomes

Grundlagenbericht II

Detailindikatoren

08.05.2014

Autorinnen und Autoren

Beitel Christoph

Labek Anna

OÖGKK – Forum Gesundheit

Behandlungsökonomie

Dragosits Aline

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

An dieser Stelle bedankt sich das Projektteam bei den Expertinnen und Experten verschiedener Sozialversicherungsträger. Sie haben im Zuge eines zweitägigen Arbeitstreffens die vorausgewählten Detailindikatoren bewertet. Durch ihr fachliches Wissen und Engagement haben die SV-Trägerexpertinnen und -experten auch in dieser Projektphase wesentlich zur methodischen Absicherung des Projektes beigetragen.

Namentlich möchten wir uns bedanken bei:

Katharina Hintringer (TGKK), Andreas Kvas (VAEB), Gerhard Ladengruber (WGKK), Alfred Mair (OÖGKK), Martin Robausch (NÖGKK) und Heide Said (OÖGKK)

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract.....	5
2	Einleitung	6
3	Vorgehen	8
3.1	Detailindikatoren	8
3.2	Von der Outcomemessung zur Performance.....	9
3.3	Vergleichsländer	9
4	Ergebnisse	10
4.1	Empfohlene Detailindikatoren.....	12
4.2	Nicht empfohlene Detailindikatoren	13
4.3	Überblick Framework mit Detailindikatoren	14
5	Zusammenfassung und Empfehlungen	19
6	Weitere Schritte.....	21
6.1	Vom Outcome zur Performance	21
6.2	internationale Vergleichsländer	23

Anhang:

Indikatorenbeschreibung	S 24
Literaturübersicht	S 119

1 Abstract

Hintergrund

Dieser Bericht beinhaltet die angekündigte Erweiterung des Grundlagenberichts I zur Performancemessung: in das dort dargestellte Outcome-Framework werden die Detailindikatoren eingefügt und auf Grund des Durchgangs durch das Bewertungsschema empfohlen bzw. nicht empfohlen.

Konzepte zur Erweiterung hin zum Performance-Framework und Kriterien für Vergleichsländer werden angerissen.

Methode

Das Auswahlverfahren für die Empfehlung der Indikatoren wurde bereits im Grundlagenbericht I dargestellt und kam auch für die Detailindikatoren zur Anwendung. Zwölf Kriterien wurden in einem Expertinnen- und Expertenworkshop für jeden Indikator geprüft.

Ergebnisse

Es werden 42 Detailindikatoren in den jeweiligen Bereichen des Outcomeframeworks empfohlen.

2 Einleitung

Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit wird derzeit an mehreren Stellen im österreichischen Gesundheitssystem intensiv an den Themen Performancemessung, Outcomes- bzw. Versorgungsforschung gearbeitet.

Mit der Formulierung des strategischen Ziels in der Balanced Score Card (2013-2015) hat sich auch die Sozialversicherung zur Performancemessung bekannt. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse wurden federführend mit dem dazugehörigen Projekt betraut. Das Projektteam 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. Derzeit liegt der Fokus des Projektes auf den Outcomes. Dabei muss beachtet werden, dass eine umfassende Darstellung der Einflussfaktoren auf gesundheitliche Outcomes nur bedingt möglich ist, da das Gesundheitssystem in der Summe der Gesundheitsdeterminanten nur ein Einflussfaktor von vielen ist. Darüber hinaus hat sich die Performancemessung der Sozialversicherung nicht zum Ziel gesetzt, eine detaillierte Ursachenforschung für die Ergebnisse einzelner Indikatorenmessungen zu betreiben. Die Ergebnisinterpretation einzelner Indikatorenmessungen muss regional unter Einbeziehung der relevanten Prozessbeteiligten und ausreichend detailliert erfolgen.¹ Ferner sollen in weiterer Folge auch die anderen Steuerungsbereiche² des Gesundheitssystems integriert werden.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde vom Projektteam ein Projektfahrplan³ erstellt und erste Ergebnisse im Grundlagenbericht I festgehalten, welcher im Wesentlichen

- theoretische Grundbegriffe erläutert,
- das österreichische Gesundheitssystem anhand eines Frameworks abbildet und
- eine Empfehlung für übergeordnete Indikatoren enthält.

Im Folgenden wird grob auf die einzelnen Punkte eingegangen:

Vom Projektteam wurden zunächst **theoretische Grundlagen**⁴ erarbeitet, die Ziele von Performancemessung dargelegt und Herausforderungen beschrieben, welche im Rahmen der Performancemessung bedacht werden müssen. Basierend auf diesen und auf Vorgaben aktueller gesundheitspolitischer Diskussionen wurden für das Gesundheitssystem übergeordnete Ziele⁵ definiert, die sehr allgemeine Richtungsvorgaben für das Handeln abgeben. Diese Ziele sind zu komplex, um direkt messbar zu sein.

In Anlehnung an die Performancemessung in anderen Ländern und den Erkenntnissen aus einer Literaturrecherche wurde ein theoretisches Rahmengerüst⁶ (Framework) entwickelt.

¹ Vgl. GLBI, Kapitel 4

² Finanzieller und personeller Input, Strukturen und Prozesse und Systemoutputs

³ Vgl. Grundlagenbericht I (GLB I), Kapitel 6

⁴ Vgl. GLB I, Kapitel 3

⁵ Lange Leben bei guter Gesundheit, soziale Sicherheit und Chancengerechtigkeit, Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten, gute Qualität

⁶ Vgl. GLB I, Kapitel 7

Zum einen wird das österreichische Gesundheitssystem in wesentliche Bereiche mit konkreter Zielformulierung gegliedert, zum anderen werden dem Gesundheitssystem die zwei Funktionen *Gesundheitsförderung und Prävention* und *Kuratives System/Krankenbehandlung* zugeschrieben. Diese zwei Dimensionen werden zu einer Tabelle kombiniert, welche als **Framework** für die Performancemessung verwendet wird.

Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche und den rahmenbildenden Aspekten des österreichischen Gesundheitssystems konnte eine umfassende Liste an Indikatoren erstellt werden, welche international zur outcomeorientierten Performancemessung Verwendung finden. Das Ziel des Projektteams war es, für jedes Feld des Frameworks wenige **übergeordnete Indikatoren**⁷ vorauszuwählen. Anhand der verwendeten Fachliteratur wurden Kriterien ermittelt, mit deren Hilfe die vorselektierten Indikatoren hinsichtlich inhaltlicher Relevanz und datentechnischer Qualität bewertet werden konnten. In einem zweitägigen Workshop mit SV-Trägerexpertinnen und –experten wurden die vorausgewählten Indikatoren mit Hilfe eines entwickelten Bewertungsschemas bewertet. Das konkrete Ergebnis dieses Prozesses sind 23 übergeordnete Indikatoren welche zur Umsetzung empfohlen⁸ werden und ausführlich im Grundlagenbericht I beschrieben sind.

Mit dem vorliegenden Grundlagenbericht II hat sich das Projektteam das Ziel gesetzt, **detailliertere** Indikatoren, welche spezifische Aspekte bzw. Themenfelder eines Bereiches aufgreifen, zu empfehlen (Kapitel 4), geeignete Vergleichsländer für den Indikatorenbenchmark zu diskutieren und erste Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Outcomemessung zur Performancemessung zu erarbeiten (Kapitel 6).

Eine Beschreibung aller Detailindikatoren zur Messung der Outcomes in den einzelnen Bereichen ist, ebenso wie die Literaturquellen, dem Bericht angefügt.

⁷ Vgl. GLB I, Kapitel 7

⁸ Vgl. GLB I, Kapitel 8 und 9

3 Vorgehen

Das Ziel dieses Grundlagenberichts II ist es, die Ergebnisse der Bewertung der Detailindikatoren darzulegen, Kriterien für geeignete Vergleichsländer sowie erste Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Outcomemessung zur Performancemessung darzustellen. Im Folgenden wird deshalb das Vorgehen in diesen Bereichen erläutert. Für eine Darstellung des umfassenden Projektfahrplans wird auf den Grundlagenbericht I verwiesen⁹.

3.1 Detailindikatoren

Eine Empfehlung für übergeordnete Indikatoren wurde in einem ersten Schritt erarbeitet. Diese wird ausführlich im Grundlagenbericht I erläutert¹⁰. Die übergeordneten Indikatoren werden in ihrer Anzahl bewusst möglichst gering gehalten und erheben den Anspruch einen guten Überblick über die Performance im Gesundheitswesen im jeweiligen Bereich des österreichischen Gesundheitssystems zu liefern.

Um die Bereiche in Hinblick auf die outcomeorientierte Performance detaillierter zu analysieren, wurden vom Projektteam gesundheitspolitisch relevante Themenfelder definiert. In einem weiteren Schritt wurden diesen in einer Vorauswahl Detailindikatoren, welche die spezifischen Aspekte eines Bereiches aufgreifen, zugeordnet. Dabei wurde einerseits auf den bereits für die übergeordneten Indikatoren zusammengestellten Pool an Indikatoren zurückgegriffen¹¹, andererseits wurden auch einige Indikatoren der Zielsteuerung Gesundheit in die Vorauswahl aufgenommen. Mit Hilfe dieser Vorgehensweisen wurden rund 90 Indikatoren vom Projektteam vorausgewählt und unter anderem hinsichtlich Berechnungsmethode und potenziellen Datenquellen beschrieben. Diese ausführlichen Beschreibungen der Detailindikatoren sind im Anhang angeführt.

Im Vergleich zu den übergeordneten Indikatoren wurde bei den Detailindikatoren im Zuge der Vorauswahl eine methodische Änderung vorgenommen. Die funktionale Trennung in *Gesundheitsförderung und Prävention* und *Kuratives System/Krankenbehandlung* wurde für den Bereich Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen aufgehoben, da eine eindeutige Zuordnung der Indikatoren bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung von dem Projektteam als schwierig erachtet wird.

Analog zur Vorgehensweise bei den übergeordneten Indikatoren¹² wurde vom Projektteam ein zweitägiger Workshop mit SV-Trägerexpertinnen und –experten abgehalten. Anhand definierter Kriterien¹³ wurde jeder vorausgewählte Detailindikator systematisch bewertet.¹⁴ Offene Fragen hinsichtlich Indikatorenbeschreibung, welche im Rahmen des Workshops

⁹ vgl. Grundlagenbericht I (GLB I), Kapitel 6

¹⁰ vgl. GLB I, Kapitel 7 und Kapitel 8

¹¹ Auf Basis der Literaturrecherche im Rahmen der Erarbeitung des Grundlagenbericht I wurde eine Liste mit 400 potenziellen Indikatoren zur outcomeorientierten Performancemessung erstellt.

¹² vgl. GLB I, Kapitel 6.1

¹³ vgl. GLB I, Kapitel 6.2

¹⁴ Anmerkung: die im GLB I (Kapitel 6.2) dargelegten Bewertungskriterien wurden minimal verändert. Beim Kriterium „Reliabilität“ wurden die Spalten „Messfehler“ und „reproduzierbare Ergebnisse“ zu einer zusammengefasst und gemeinsam bewertet.

aufgetreten sind, wurden danach durch eine gezielte Recherche des Projektteams geklärt. Anschließend wurden die Indikatoren final bewertet. Im Rahmen des Workshops wurden auch einige Detailindikatoren seitens der SV-Trägerexpertinnen und -experten vorgeschlagen. Diese wurden ebenfalls bewertet und sind in der Ergebnistabelle¹⁵ ausgewiesen. In einem weiteren Schritt wurden die Detailindikatorenbeschreibungen gemäß der Ergebnisse des Workshops und der anschließenden finalen Recherche der offenen Fragen aktualisiert.

3.2 Von der Outcomemessung zur Performance

Im Hinblick auf die Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Outcomemessung hin zur Performancemessung erfolgte eine erste Sichtung der Literatur. Die Ergebnisse werden in Form eines Aufrisses dargelegt.¹⁶

3.3 Vergleichsländer

In einem weiteren Schritt werden potenzielle Kriterien für Vergleichsländer diskutiert.¹⁷

¹⁵ vgl. Kapitel 4

¹⁶ Vgl. Kapitel 6.1

¹⁷ Vgl. Kapitel 6.2

4 Ergebnisse

Im Rahmen des Workshops mit den SV-Trägerexpertinnen und –experten wurden rund 90 Detailindikatoren bewertet. Drei von diesen wurden als ungeeignet eingestuft und in weiterer Folge nicht bewertet. Die Ergebnisse der Bewertung der übrigen Indikatoren werden im Folgenden erläutert und anschließend dargestellt.

Es wurden zwei Detailindikatoren definiert, welche neu ins Framework aufgenommen und bewertet wurden. Konkret handelt es sich um die Indikatoren

- Säuglingssterblichkeit und
- Gesundheitswirksame Bewegung bei Herz-Kreislaufkrankungen

Bei einigen Detailindikatoren wurde die Zuordnung im Framework optimiert. Die, vom Projektteam vorausgewählten Indikatoren zur Messung des Outcomes bei elektiven Eingriffen werden aus dem Bereich *Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse* verschoben, da es sich bei diesen nicht um akute Ereignisse handelt sondern um planbare Eingriffe. Im Rahmen des Workshops bestand Konsens, diese dem Bereich *Hohe Zufriedenheit* zuzuordnen. Die Indikatoren werden wie folgt umbenannt.

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| • Katarakt-OP Outcome | ⇒ | Zufriedenheit mit Katarakt-OP |
| • Hüftprothese – subjektiver Outcome | ⇒ | Zufriedenheit mit Hüftprothesen-OP |
| • Knieprothese – subjektiver Outcome | ⇒ | Zufriedenheit mit Knieprothesen-OP |
| • Leistenhernie – Outcome | ⇒ | Zufriedenheit mit Leistenhernien-OP |
| • Varizen OP Outcome | ⇒ | Zufriedenheit mit Varizen-OP |

Für diese Indikatoren wird angeregt, Datengrundlagen in Form von Patientinnen- und Patientenbefragungen zu schaffen. Beim Indikator Zufriedenheit mit Katarakt-OP wird die Methodik einer Studie aus Deutschland als beachtenswert eingestuft¹⁸. Einige weitere Indikatoren werden empfohlen, wenn für diese Datengrundlagen geschaffen werden können.¹⁹ Zwei weitere Detailindikatoren werden von der Funktion *Krankheit behandeln* zu *Gesundheit stärken* verschoben.

Es wird empfohlen, die Detailindikatoren zur Messung der Krankheitslast bei relevanten Erkrankungen anhand der Lebenszeitprävalenz, welche in der österreichischen Gesundheitsbefragung²⁰ erhoben wird, zu berechnen.

Bei den Indikatoren zur Messung der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Diabeteskomplikationen wird empfohlen, zusätzliche ICD10-Nebendiagnosen zu betrachten. Die konkreten Diagnosen sind in den entsprechenden Indikatorenbeschreibungen angeführt²¹.

¹⁸ Vgl. Indikatorenbeschreibung des Indikators im Anhang

¹⁹ vgl. beispielsweise Inzidenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems

²⁰ Österreichische Gesundheitsbefragung, Statistik Austria

²¹ Vgl. Anhang

Die Definition von zwei Indikatoren wurde an die Formulierung in der jeweiligen Datenquelle angepasst und dadurch optimiert²². Es handelt sich um die Indikatoren *Prävalenz Depression* und *Lebensqualität mit Depression*.

Zu einigen Bereichen konnten in der Vorauswahl keine Detailindikatoren identifiziert werden. Hier wurden vom Projektteam gesundheitspolitisch relevante Themenfelder definiert und eine Indikatorenentwicklung empfohlen.

Im Bereich Erhöhung der Patientensicherheit werden in der Funktion Gesundheit stärken aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit und negativen Bewertung keine Indikatoren empfohlen. Hier gilt es im weiteren Projektverlauf relevante Themenfelder zu erschließen.

Insgesamt werden 42 Detailindikatoren zur outcomeorientierten Performancemessung von den SV-Trägerexpertinnen und -experten empfohlen.

Kapitel 4.3 enthält einen Überblick über die eben beschriebenen Ergebnisse der Bewertung der Detailindikatoren. Diese werden in das bereits im Grundlagenbericht I vorgestellte Framework eingeordnet²³.

Im Folgenden werden die von den SV-Trägerexpertinnen und –experten empfohlenen und nicht empfohlenen Indikatoren geordnet nach den jeweiligen Bereichen aufgelistet. Eine Zuordnung der Detailindikatoren zu den Funktionen des Gesundheitssystems erfolgt in einem weiteren Schritt (siehe Kapitel 4.3)

²² vgl. beispielsweise „Prävalenz Depression“

²³ vgl. GLB I, Kapitel 7.1 und 7.2

4.1 Empfohlene Detailindikatoren

✓ Empfohlene Detailindikatoren
Bereich 1: Verringerung verführter Sterblichkeit
Gesundheitswirksame Bewegung Tabakkonsum Trinkgewohnheiten BMI Geburtsgewicht Neugeborene <2500g Mortalität Herz-Kreislauf Erkrankungen Mortalität ischämische Herzkrankheiten Mortalität akuter Myokardinfarkt Mortalität Hirngefäßkrankheiten Mortalität bösartige Neubildungen Mortalität bösartige Neubildungen der Brustdrüse Mortalität bösartige Neubildungen der Prostata Mortalität bösartige Neubildungen des Kolons Mortalität bösartige Neubildungen des Larynx, der Trachea und der Bronchien und der Lunge Mortalität chronische Krankheiten der unteren Atemwege Mortalität Psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen Säuglingssterblichkeit Säuglingssterblichkeit – angeborene Fehlbildungen Säuglingssterblichkeit – perinatale Affektionen Totgeburten Inzidenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems Prävalenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems Prävalenz bösartige Neubildungen Inzidenz bösartige Neubildungen Prävalenz Diabetes Prävalenz Asthma Prävalenz COPD Prävalenz Depression
Bereich 2: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen
Tabakkonsum bei COPD/Asthma Diabetikerinnen und Diabetiker in strukturierter Betreuung Gesundheitswirksame Bewegung bei Diabetes Tabakkonsum bei Herz-Kreislauf Erkrankungen Gesundheitswirksame Bewegung bei Herz-Kreislauf Erkrankungen Stationäre Wiederaufnahmerate Psychiatrie
Bereich 3: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse
Schlaganfall – Wiederaufnahmerate (WAR) (30 Tage) Akuter Myokardinfarkt – Wiederaufnahmerate (WAR) (30 Tage)
Bereich 6: Erhöhung der Patientensicherheit
Stationäre Aufnahme aufgrund von Arzneimittelinteraktion PIM-Medikation von Älteren Nosokomiale Infektionen und AMR
Bereich 7: Hohe Zufriedenheit
Zufriedenheit mit Katarakt-OP Zufriedenheit mit Hüftprothesen-OP Zufriedenheit mit Knieprothesen-OP

4.2 Nicht empfohlene Detailindikatoren

✘ Nicht empfohlene Detailindikatoren
Bereich 1: Verringerung verführter Sterblichkeit
Gesunde Ernährung Krebsscreening (Mamma) / Befragungsdaten Krebsscreening (Kolon) / Befragungsdaten Krebsscreening (Cervix) / Befragungsdaten Krebsscreening (Mamma) / Abrechnungsdaten Krebsscreening (Kolon) / Abrechnungsdaten Krebsscreening (Cervix) / Abrechnungsdaten Vorsorgeuntersuchung Suizide MUKIPA Mortalität Unfälle 5 Jahresüberlebensrate bei Krebs bei Kindern Inzidenz Diabetes Inzidenz Asthma Inzidenz COPD Inzidenz Psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen
Bereich 2: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen
Subjektive Lebensqualität von chronisch Kranken – je Krankheit Lebensqualität mit COPD/Asthma KH Aufenthalte Asthma KH Aufenthalte COPD Lebensqualität mit Diabetes Gesunde Ernährung bei Diabetes KH Aufenthalte Diabetes KH Aufenthalte Diabetes mit Nierenkomplikation KH Aufenthalte Diabetischer Fuß KH Aufenthalte Diabetische Retinopathie KH Aufenthalte Diabetische Neuropathie Sterblichkeit bei Diabetes an Folgen von Herz-Kreislauf Erkrankungen Lebensqualität mit Herz-Kreislauf Erkrankungen Gesunde Ernährung bei Herz-Kreislauf Erkrankungen Reduktion des Herz-Kreislauf-Risikos KH Aufenthalte Hypertonie KH Aufenthalte Herzinsuffizienz (chronisch) KH Aufenthalte Koronare Herzkrankheit (chronisch) Lebensqualität mit Depression Zahngesundheitsstatus Kinder Medikation bei chronischer KHK und nach Myokardinfarkt
Bereich 3: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse
Schlaganfall – Wiederherstellung (Rankin) Schlaganfall – Mortalität (30 Tage) Akuter Myokardinfarkt – Mortalität (30 Tage) ACSC – potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte
Bereich 6: Erhöhung der Patientensicherheit
Zwischenfälle bei präventiven Untersuchungen Überdiagnostik bei Screeninguntersuchungen Komplikationsrate – Anästhesie Wrong site surgery Transfusionsreaktion Hüftfraktur im Krankenhaus Medikamentenassoziierte Hüftfraktur
Bereich 7: Hohe Zufriedenheit
Zufriedenheit mit Leistenhernien-OP Zufriedenheit mit Varizen-OP

4.3 Überblick Framework mit Detailindikatoren

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. Verringere verfrühte Sterblichkeit durch Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten und präventive Maßnahmen <i>[siehe BZV 8.1 und 8.4.1] [siehe Rahmen-GZ 1,4,7,8]</i></p> <p>Empfohlen: <i>Verbessere die individuellen Gesundheitsdeterminanten</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Gesundheitswirksame Bewegung 1.2. Tabakkonsum 1.3. Trinkgewohnheiten 1.4. BMI <p><i>Verringere verfrühte Sterblichkeit bei Babys und Kleinkindern</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5. Geburtsgewicht Neugeborene < 2500g <p>Bewertet und nicht empfohlen: <i>Verbessere die individuellen Gesundheitsdeterminanten</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6. Gesunde Ernährung 1.7. Krebsscreening (Mamma) - / Befragungsdaten 1.8. Krebsscreening (Kolon) - / Befragungsdaten 1.9. Krebsscreening (Cervix) - / Befragungsdaten 1.10. Krebsscreening (Mamma) - / Abrechnungsdaten 1.11. Krebsscreening (Kolon) - / Abrechnungsdaten 1.12. Krebsscreening (Cervix) - / Abrechnungsdaten 1.13. Vorsorgeuntersuchung 1.14. Suizide (<i>verschoben von „Krankheit behandeln“</i>) <p><i>Verringere verfrühte Sterblichkeit bei Babys und Kleinkindern</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.15. MUKIPA <p>Als ungeeignet eingestuft und nicht bewertet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.16. Mortalität Unfälle (<i>verschoben von „Krankheit behandeln“</i>) 	<p>1. Vermeide vom Krankenbehandlungssystem beeinflussbare verfrühte Sterblichkeit</p> <p>Empfohlen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Mortalität Herz-Kreislauf Erkrankungen <ol style="list-style-type: none"> 1.1.1. Mortalität ischämische Herzkrankheiten 1.1.2. Mortalität akuter Myokardinfarkt 1.1.3. Mortalität Hirngefäßkrankheiten 1.2. Mortalität bösartige Neubildungen <ol style="list-style-type: none"> 1.2.1. Mortalität bösartige Neubildungen der Brustdrüse 1.2.2. Mortalität bösartige Neubildungen der Prostata 1.2.3. Mortalität bösartige Neubildungen des Kolons 1.2.4. Mortalität bösartige Neubildungen des Larynx, der Trachea und der Bronchien und der Lunge 1.3. Mortalität chronische Krankheiten der unteren Atemwege 1.4. Mortalität Psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen 1.5. Säuglingssterblichkeit (<i>neu aufgenommen</i>) <ol style="list-style-type: none"> 1.5.1. Säuglingssterblichkeit - angeborene Fehlbildungen 1.5.2. Säuglingssterblichkeit - perinatale Affektionen 1.6. Totgeburten <p><i>Verringere die Krankheitslast bei relevanten Erkrankungen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7. Inzidenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems 1.8. Prävalenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems 1.9. Prävalenz bösartige Neubildungen 1.10. Inzidenz bösartige Neubildungen 1.11. Prävalenz Diabetes 1.12. Prävalenz Asthma 1.13. Prävalenz COPD 1.14. Prävalenz Depression <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.15. 5 Jahresüberlebensraten bei Krebs bei Kindern <p><i>Verringere die Krankheitslast bei relevanten Erkrankungen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.16. Inzidenz Diabetes 1.17. Inzidenz Asthma 1.18. Inzidenz COPD 1.19. Inzidenz Psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen

BMI – Body Mass Index
Mamma – Mammakarzinom
Kolon – Kolonkarzinom
Cervix – Cervixkarzinom
MUKIPA – Mutter-Kind-Pass
COPD - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

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>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems</p> <p>2. Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen <i>[siehe Rahmen-GZ 9]</i></p>	<p>2. Verbessere die Lebensqualität und (präventive) Betreuung chronisch Kranker²⁴ <i>[siehe BZV 8.1]</i></p> <p>Empfohlen:</p> <p><i>Asthma/COPD</i></p> <p>2.1. Tabakkonsum bei COPD / Asthma</p> <p><i>Diabetes Mellitus</i></p> <p>2.2. Diabetikerinnen und Diabetiker in strukturierter Betreuung</p> <p>2.3. Gesundheitswirksame Bewegung bei Diabetes</p> <p><i>Kreislaufsystem</i></p> <p>2.4. Tabakkonsum bei Herz-Kreislauf Erkrankungen</p> <p>2.5. Gesundheitswirksame Bewegung bei Herz-Kreislauf Erkrankungen (<i>neu aufgenommen</i>)</p> <p><i>Psychische Krankheiten</i></p> <p>2.6. Stationäre Wiederaufnahmerate Psychiatrie</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p>2.7. Subjektive Lebensqualität von chronisch Kranken – je Krankheit</p> <p><i>Asthma/COPD</i></p> <p>2.8. Lebensqualität mit COPD / Asthma</p> <p>2.9. KH Aufenthalte Asthma</p> <p>2.10. KH Aufenthalte COPD</p> <p><i>Diabetes Mellitus</i></p> <p>2.11. Lebensqualität mit Diabetes</p> <p>2.12. Gesunde Ernährung bei Diabetes</p> <p>2.13. KH Aufenthalte Diabetes</p> <p>2.14. KH Aufenthalte Diabetes mit Nierenkomplikation</p> <p>2.15. KH Aufenthalte Diabetischer Fuß</p> <p>2.16. KH Aufenthalte Diabetische Retinopathie</p> <p>2.17. KH Aufenthalte Diabetische Neuropathie</p> <p>2.18. Sterblichkeit bei Diabetes an Folgen von Herz-Kreislauf Erkrankungen</p> <p><i>Kreislaufsystem</i></p> <p>2.19. Lebensqualität mit Herz-Kreislauf Erkrankungen</p> <p>2.20. Gesunde Ernährung bei Herz-Kreislauf Erkrankungen</p> <p>2.21. Reduktion des Herz-Kreislauf-Risikos</p> <p>2.22. KH Aufenthalte Hypertonie</p> <p>2.23. KH Aufenthalte Herzinsuffizienz (chronisch)</p> <p>2.24. KH Aufenthalte Koronare Herzkrankheit (chronisch)</p> <p><i>Psychische Krankheiten</i></p> <p>2.25. Lebensqualität mit Depression</p> <p><i>Zahngesundheit</i></p> <p>2.26. Zahngesundheitsstatus Kinder</p> <p>Als ungeeignet eingestuft und nicht bewertet:</p> <p>2.27. Medikation bei chronischer KHK und nach Myokardinfarkt</p>	

COPD – Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

KH – Krankenhaus

KHK – Koronare Herzkrankheit

²⁴ Chronische Krankheiten sind definiert als: COPD, Asthma, Cardio-Vaskuläre Krankheiten, psychische Krankheiten, Diabetes

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>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems</p> <p>3. Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse</p>	<p>3. Hilf bei der Vermeidung von kurzen Krankheitsepisoden</p> <p><i>Siehe Bereich 1 und 4</i></p>	<p>3. Hilf bei der adäquaten Behandlung und Wiederherstellung des Alltags nach akuten Krankheitsepisoden</p> <p>Empfohlen:</p> <p><i>Wiederherstellung nach einem Schlaganfall</i></p> <p>3.1. Schlaganfall – Wiederaufnahmerate (WAR) (30 Tage)</p> <p><i>Wiederherstellung nach einem Herzinfarkt</i></p> <p>3.2. Akuter Myokardinfarkt – Wiederaufnahmerate (WAR) (30 Tage)</p> <p><i>Wiederherstellung nach Knochenbrüchen</i></p> <p>Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen:</p> <p><i>Wiederherstellung nach einem Schlaganfall</i></p> <p>3.3. Schlaganfall – Wiederherstellung (Rankin)</p> <p>3.4. Schlaganfall – Mortalität (30 Tage)</p> <p><i>Wiederherstellung nach einem Herzinfarkt</i></p> <p>3.5. Akuter Myokardinfarkt – Mortalität (30 Tage)</p> <p><i>Vermeide stationäre Aufenthalte von ambulant behandelbaren Krankheitsfällen</i></p> <p>3.6. ACSC – potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte</p> <p>Verschoben in den Bereich 7 und umbenannt:</p> <p>3.7. Katarakt-OP Outcome</p> <p>3.8. Hüftprothese – subjektiver Outcome</p> <p>3.9. Knieprothese – subjektiver Outcome</p> <p>3.10. Leistenhernie – Outcome</p> <p>3.11. Varizen OP Outcome</p>
	<p>4. Zugang und Fairness <i>[siehe Rahmen-GZ 2]</i></p>	<p>4. Ermöglice den Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten</p> <p><i>Ermöglice einen chancengerechten Zugang zu Gesundheitsförderungsprogrammen</i></p> <p>Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p> <p><i>Ermöglice einen chancengerechten Zugang zu Präventionsangeboten</i></p> <p>Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p>

WAR – Wiederaufnahmerate

OP - Operation

ACSC – Ambulatory Care Sensitive Conditions

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	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 <i>Schaffe evidenzbasierte, verständliche, unabhängige und qualitätsgesicherte Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention (Packungskennzeichnung) und den Zugang dazu</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben <i>Stärke das Bewusstsein zur Förderung der Gesundheitsvorsorge und des Verantwortungsbewusstsein</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben	5. Stärke die System- und krankheitsbezogene Gesundheitskompetenz <i>Schaffe evidenzbasierte, verständliche, unabhängige und qualitätsgesicherte Informationen zu System- und Versorgungsthemen und den Zugang dazu</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben
	6. Erhöhung der Patientensicherheit	6. Achte auf eine sichere Umgebung bei präventiven Untersuchungen Empfohlen: <i>Keiner der bewerteten Indikatoren wird empfohlen</i> Bewertet und nicht empfohlen: <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Zwischenfälle bei präventiven Untersuchungen 6.2. Überdiagnostik bei Screeninguntersuchungen 	6. Achte auf eine sichere Behandlung und Umgebung <i>[siehe BZV 8.3]</i> Empfohlen: <i>Vermeide und reduziere Folgeerscheinungen, welche auf die Behandlung zurückzuführen sind</i> <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Stationäre Aufnahme aufgrund von Arzneimittelinteraktion 6.2. PIM-Medikation von Älteren 6.3. Nosokomiale Infektionen und AMR Bewertet und nicht empfohlen: <ol style="list-style-type: none"> 6.4. Komplikationsrate - Anästhesie 6.5. Wrong site surgery 6.6. Transfusionsreaktion 6.7. Hüftfraktur im Krankenhaus Als ungeeignet eingestuft und nicht bewertet <ol style="list-style-type: none"> 6.8. Medikamentenassoziierte Hüftfraktur

PIM – Potentiell inadäquate Medikation

AMR - antimikrobielle Resistenz

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	<p>7. Hohe Zufriedenheit <i>[siehe BZV 8.4]</i></p>	<p>7. Zufriedenheit mit präventivem und gesundheitsförderlichem Angebot</p> <p><i>Erfahrung mit Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde verbessern</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p> <p><i>Erfahrung mit Gesundheitsförderung im Setting Schule verbessern</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p> <p><i>Erfahrung mit Gesundheitsförderung im Setting Betrieb verbessern</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p>	<p>7. Zufriedenheit mit medizinischen Leistungen und gut empfundene Behandlung <i>[siehe BZV 8.4]</i></p> <p>Empfohlen: <i>Zufriedenheit mit geplanten Behandlungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 7.1. Zufriedenheit mit Katarakt-OP 7.2. Zufriedenheit mit Hüftprothesen-OP 7.3. Zufriedenheit mit Knieprothesen OP <p><i>Erfahrung der Gesundheitsversorgung für Personen mit psychischen Krankheiten verbessern</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p> <p><i>Erfahrung im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung bei Kindern und Jugendlichen verbessern</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p> <p><i>Patientenerfahrung bei chronischer Erkrankung verbessern</i> Das Projektteam empfiehlt, die Indikatorenentwicklung in diesem Themenfeld voranzutreiben</p> <p>Bewertet und nicht empfohlen: <i>Zufriedenheit mit geplanten Behandlungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 7.4. Zufriedenheit mit Leistenhernien-OP 7.5. Zufriedenheit mit Varizen-OP

OP - Operation

5 Zusammenfassung und Empfehlungen

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass 42 Detailindikatoren zur Berechnung empfohlen und spezifischen Themenfeldern zugeordnet werden. In Bereichen, bei welchen keine Indikatoren eruiert bzw. empfohlen werden können, werden zumindest gesundheitspolitisch relevante Themenfelder definiert (vgl. Kapitel 4.3). Das Projektteam empfiehlt, für diese Felder Indikatoren zu entwickeln.

Das Ergebnis der empfohlenen Detailindikatoren zeigt ein heterogenes Bild. Die Mehrheit der Indikatoren kann bereits erhoben werden. Einige davon können mittels der Ergebnisse von Primärdatenerhebungen berechnet werden. Zum Großteil kann hier auf Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung²⁵ zurückgegriffen werden, welche zurzeit in einer zweiten Welle²⁶ durchgeführt wird. Andere Indikatoren, wie beispielsweise die Mortalitätsindikatoren, werden routinemäßig erhoben bzw. berechnet. Ein Zeitreihenvergleich ist somit bei diesen Indikatoren möglich.

Manche Detailindikatoren wurden in der empfohlenen Form noch nie verwendet. Aufgrund der inhaltlich positiven Bewertung wird jedoch für folgende Indikatoren die Schaffung von Datengrundlagen und deren Operationalisierung empfohlen:

- Zufriedenheit mit Katarakt – OP
- Zufriedenheit mit Hüftprothesen – OP
- Zufriedenheit mit Knieprothesen – OP

Im Folgenden werden die empfohlenen Detailindikatoren zusammenfassend im Kontext des Frameworks dargestellt.

²⁵ Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Statistik Austria

²⁶ ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria, (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)

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	Verringerung verfrühter Sterblichkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitswirksame Bewegung • Tabakkonsum • Trinkgewohnheiten • BMI • Geburtsgewicht Neugeborene < 2500g 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalität Herz-Kreislauf Erkrankungen Mortalität ischämische Herzkrankheiten Mortalität akuter Myokardinfarkt Mortalität Hirngefäßkrankheiten • Mortalität bösartige Neubildungen Mortalität bösartige Neubildungen der Brustdrüse Mortalität bösartige Neubildungen der Prostata Mortalität bösartige Neubildungen des Kolons Mortalität bösartige Neubildungen des Larynx, der Trachea und der Bronchien und der Lunge • Mortalität chronische Krankheiten der unteren Atemwege • Mortalität Psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen • Säuglingssterblichkeit Säuglingssterblichkeit - angeborene Fehlbildungen Säuglingssterblichkeit - perinatale Affektionen • Totgeburten • Inzidenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems • Prävalenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems • Prävalenz bösartige Neubildungen • Inzidenz bösartige Neubildungen • Prävalenz Diabetes • Prävalenz Asthma • Prävalenz COPD • Prävalenz Depression
	Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen <i>[siehe Rahmen-GZ 9]</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tabakkonsum bei COPD / Asthma • Diabetikerinnen und Diabetiker in strukturierter Betreuung • Gesundheitswirksame Bewegung bei Diabetes • Tabakkonsum bei Herz-Kreislauf Erkrankungen • Gesundheitswirksame Bewegung bei Herz-Kreislauf Erkrankungen • Stationäre Wiederaufnahmerate Psychiatrie 	
	Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse		<ul style="list-style-type: none"> • Schlaganfall – Wiederaufnahmerate (WAR) (30 Tage) • Akuter Myokardinfarkt – Wiederaufnahmerate (WAR) (30 Tage)
	Zugang und Fairness <i>[siehe Rahmen-GZ 2]</i>		
	Förderung der Gesundheits-kompetenz <i>[siehe BZV 8.1] [siehe Rahmen-GZ 3]</i>		
	Erhöhung der Patientensicherheit		<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Aufnahme aufgrund von Arzneimittelinteraktion • PIM-Medikation von Älteren • Nosokomiale Infektionen und AMR
Hohe Zufriedenheit <i>[siehe BZV 8.4]</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedenheit mit Katarakt-OP • Zufriedenheit mit Hüftprothesen-OP • Zufriedenheit mit Knieprothesen OP 	

6 Weitere Schritte

Das Outcomeframework ist in seiner theoretischen Grundlegung und Konzeption abgeschlossen. Die Indikatoren sind ausgewählt und in ein interpretatives Gerüst eingepasst. Dennoch bleiben noch Arbeiten offen die die folgenden zwei Punkte umfassen:

- 1 Einbettung des Outcomeframeworks in ein Performance-Framework
- 2 Filtern der internationalen Vergleichsländer

Im folgenden Kapitel geht es um die Erweiterung des nun abgeschlossenen Projektes. Die Outcomes sind ein wesentlicher Teil der Performance eines Gesundheitssystems neben anderen Aspekten – es wird die Aufgabenstellung der Einbettung des entwickelten Messsystems in ein Performance-Framework erläutert. Lösungen für diese Einbettung können wir noch nicht anführen. Dies wird Thema kommender Arbeiten sein. Wir erläutern hier die Richtung, die diese Auseinandersetzung haben wird.

Für die Einschätzung der Indikatoren ist es üblich geworden als Maß für gutes oder schlechtes Abschneiden den relativen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen heranzuziehen. Verlässliche internationale Vergleichbarkeit ist von zahlreichen Faktoren abhängig. Es werden Kriterien angeführt, denen Vergleichsländer genügen müssen.

6.1 Vom Outcome zur Performance

In diesem Kapitel wird das Ergebnis einer ersten Sichtung der Literatur zu Performance und darauf aufbauenden eigenen Gedanken zum Ausbau der Outcomemessung in Richtung Performancemessung dargestellt. Zusammenfassend kommen auf das Outcomeframework folgende Herausforderungen zu.

6.1.1 Health in all Policies-Ansatz

Nach dem Health in all Policies (HiAP) Ansatz, finden sich die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit – die Gesundheitsdeterminanten – außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems. Demnach greifen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit, welche ausschließlich im Gesundheitsbereich gesetzt werden, zu kurz²⁷.

Im HiAP-Ansatz wird betont, dass die Förderung der Gesundheit in allen Politikfeldern in der langfristigen Perspektive am Meisten bei den Outcomes verändert. Dieser Gedankengang ist zum derzeitigen Projektstand im Outcomeframework noch nicht klar genug herausgearbeitet. Viele den Outcome bedingende Faktoren werden noch nicht durch Indikatoren erfasst. Ihre Erhebung ist für die Beurteilung der Wirksamkeit des Gesundheitssystems aber erforderlich.

²⁷ Gesundheit nachhaltig fördern, Soziale Sicherheit September 2010

Hier besteht Bedarf nach Abstimmung mit Public Health Expertinnen und Experten ebenso wie eine Vernetzung mit anderen Politik- oder Verwaltungsbereichen um die Messbarkeit in andere Politikbereiche auszudehnen.

6.1.2 Ursache – Wirkung

Die Versorgungsforschung im Stil des Pfaffschen Ansatzes hat ein sehr simplizistisches Wirkmodell in Richtung Outcomes, es denkt in zeitlichen Abfolgen ohne Fristen und Wirkketten zu definieren. Im Rahmen des HiAP-Ansatzes ist ein höheres Reflexionsniveau state of the art und es wird zu klären sein, in wie fern Wirkmodelle von dort für ein heuristisches Monitoringinstrument fruchtbar gemacht werden können.²⁸

6.1.3 Performance umfasst auch die Effizienz

Aus der Performance-Literatur kommt eine inhaltliche Herausforderung, die bereits im GLB I angesprochen wurde. Es sei hier auf die WHO verwiesen und deren Vorschlag für Bereiche der Performance noch mal kurz referiert²⁹:

- Population health
- Individual health outcomes
- Clinical quality and appropriateness of care
- Responsiveness of health system
- Equity
- Productivity

Daraus ist ersichtlich, dass das Outcomeframework einen Großteil bereits abdeckt. Hinzukommen wird daher ein Bereich, der Systemoutcomes misst: Effizienz. Die Operationalisierung dieser Kategorie wird zu erledigen sein.

6.1.4 Effektivität

Dies ist eine umfassende Kategorie und nicht nur ein Bereich der Performancemessung. Diese Kategorie kommt aus dem Management-Denkstil, der in Zielen, die zu erreichen sind, denkt, und damit eine Organisation führen bzw. aktiv gestalten will.

Ein Performanceframework definiert nicht nur das zu messende, sondern in dieser Perspektive das zu gestaltende einer Verwaltungsorganisation des Gesundheitssystems. Für jeden Bereich müssten Visionen entwickelt werden, deren Erfüllung an Hand von messbaren Kriterien geprüft werden können.

Das Outcome-Framework ist demnach die Art wie eine Organisation über sich selbst im Sinne einer Gestaltbarkeit seiner Wirkungen in erwünschte und unerwünschte Richtungen reflektiert.

²⁸ Ergebnismodell, Gesundheitsförderung Schweiz

²⁹ Performance, Smith et al., S 4

Daraus leitet sich die politische Aufgabe der Visionsentwicklung ab: Es muss definiert werden, was erreicht werden soll.

6.2 internationale Vergleichsländer

In diesem Abschnitt wird das Kriterium definiert, dem Staaten genügen müssen, um als aussagekräftige Vergleichsländer verwendet werden zu können:

- Ein vergleichbares BIP/Kopf (kaufkraftbereinigt in PPP): arme Nationen haben meist ganz andere vorherrschende epidemiologische Probleme als reiche Dienstleistungsnationen. Ein effektives Gesundheitssystem in diesen Nationen muss anders strukturiert sein und die Outcomes haben ein nicht vergleichbares Niveau.
- Ein vergleichbares Gesundheitssystem ist keine Voraussetzung, da beim Vergleich von Outcomes ja gerade dies interessiert, inwiefern ein anderes System zu veränderten Werten führt.

Aus internationalen Vergleichen wird oft ein oder eben kein Handlungsbedarf für ein Gesundheitssystem abgeleitet. Wobei dieser Bedarf sehr abstrakt bleibt. Er verpufft meist als stumpfe Aufforderung, da die ihn auslösenden Indikatoren zu allgemein für eine Maßnahmenentwicklung sind.

Internationale Vergleiche haben oft die Funktion, die politische Arbeit sehr konkrete Visionen für das Gesundheitssystem in seinen Funktionen und Bereichen zu definieren, zu ersetzen. Ein relatives besser-Sein ersetzt eine inhaltlich bestimmte Definition von gut-Sein.

Ein Monitoringsystem kann nur Unterschiede zwischen Nationen aufzeigen, es kann aber keine Gründe für diese Unterschiede angeben. Die Arbeit der Begründung, Interpretation und Maßnahmenentwicklung wird durch ein solches System höchstens in Bereiche des Frameworks verwiesen. Insofern kann es den Blick schärfen, und die Arbeit der Bestimmung dessen was gut ist eingrenzen.

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: Statistik Austria, TILAK (Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH), interne Expertinnen und Experten der OÖGKK und des HVB.

<p>Kurz-Bezeichnung des Indikators</p>	<p>Gesundheitswirksame Bewegung</p>
<p>Langform der Bezeichnung</p>	<p>Anteil der Bevölkerung welcher sich gesundheitswirksam bewegt - selbstberichtet</p>
<p>Zugeordneter Bereich</p>	<p>Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren</p>
<p>Definition des Indikators (textliche Beschreibung)</p>	<p>Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Bevölkerung, welcher sich gesundheitswirksam in der Freizeit bewegt. Gesundheitswirksame Bewegung: „Als körperlich „aktiv“ eingestuft werden Personen, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen.“ (Statistik Austria)</p>
<p>Datenquellen</p>	<p>WHO – HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children): Bewegungsverhalten der 11-,13- und 15-jährigen SchülerInnen wurde anhand von drei Items gemessen wobei v.a. der folgende die körperliche Aktivität misst: Itembox 8 Frage: „Wie häufig bist Du normalerweise in deiner Freizeit körperlich so aktiv, dass du dabei außer Atem kommst oder schwitzt?“ Antwort: „jeden Tag / vier-bis sechsmal in der Woche / zwei- bis dreimal in der Woche / einmal in der Woche / einmal im Monat / seltener als einmal im Monat / nie“</p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 Frage D5.8.: „Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen? Z.B. durch schnelles Laufen, Radfahren, Aerobics usw.?“ Antwort D5.8.: „Ja /Nein (Frage D5.9.)“ Frage D5.9.: „An wie vielen Tagen pro Woche im Durchschnitt?“ Antwort D5.9.: „An Tag(en) pro Woche“</p> <p>Optional oder ergänzend: Frage D5.7.: „Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihre körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres?“ Antwort D5.7.: „Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche / Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche / Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche / Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche / Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche / Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten“</p> <p>EHIS: Frage PE6: <i>In a typical week, on how many days do you carry out sports, fitness or recreational (leisure) physical activities for at least 10 minutes continuously?</i> Antwort: <i>Number of days: ...</i> Frage PE7: <i>How much time in total do you spend on sports, fitness or recreational (leisure) physical activities in a typical week?</i> Antwort: <i>...hours...minutes/per week</i></p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2013/2014 Frage PE6: <i>An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?</i> Antwort: <i>Anzahl der Tage</i> Frage PE7: <i>Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?</i></p>

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	Antwort: <i>Stunden ...Minuten/Woche</i>
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS) HBSC-Studie: Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt
Berechnungsmethode	Bewegungsrate: Anzahl der Personen, welche ihr Bewegungsverhalten als gesundheitswirksam einstufen innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter (Berücksichtigung unterschiedlicher Empfehlungen), Geschlecht, Bundesland
Verwendung	ATHIS, HBSC, OECD
Referenzen	Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H. et al. Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/ Bewegung /Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (Wissen 8). hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien, 2010 http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/bewegungsempfehlungen http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT http://www.statistik.at/web_de/fragebogen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20_070315_ehis_en.pdf Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)
Anmerkungen	<i>Die ATHIS lässt nur geringfügig Schlüsse auf gesundheitswirksame Bewegung zu. Die Daten und Definitionen müssten alters-standardisiert werden, da Bewegungs-Empfehlungen mit dem Alter variieren. Zumindest müssten die Auswertungen nach Altersgruppen getrennt erfolgen.</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Tabakkonsum
Langform der Bezeichnung	Anteil der Bevölkerung, welcher regelmäßig raucht - selbstberichtet
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Tabakkonsum gilt als einer der größten Risikofaktoren für Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Arteriosklerose, Bluthochdruck, chronische Bronchitis sowie bösartige Neubildungen v.a. der Lunge. Die WHO geht davon aus, dass durch keine andere Präventionsstrategie ein vergleichbar hoher Zuzugewinn an Lebenszeit und –qualität erreicht werden kann als durch präventive Maßnahmen im Hinblick auf den Tabakkonsum (Klimont et al. 2007) Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher regelmäßig raucht.

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Datenquellen	<p>WHO – HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children): Das Rauchverhalten der Schülerinnen und Schüler wurde anhand einer Reihe von Items gemessen, die u.a. den Raucherstatus erheben (Itembox 11) Frage: „<i>Hast du jemals Tabak (eine Zigarette, Zigarre oder Pfeife) geraucht?</i>“ Antwort „<i>ja / nein</i>“ Frage: „<i>Wie oft rauchst du derzeit Tabak?</i>“ Antwort: „<i>jeden Tag / einmal oder öfter pro Woche, aber nicht jeden Tag / seltener als einmal pro Woche / ich rauche gar nicht</i>“</p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ähnliche Fragestellung 2013/2014): Frage D2.4.: „<i>Rauchen Sie zur Zeit?</i>“ Antwort D2.4.: „<i>Ja, täglich / Ja, gelegentlich / Nein</i>“</p> <p>EHIS (Eurostat): Frage SK.1: „<i>Do you smoke at all nowadays?</i>“ Antwort SK.1: „<i>Yes, daily / Yes, occasionally / Not at all</i>“</p> <p>Ernährungsbericht (S. 345) – Abfrage des Rauchstatus</p>
Aktualität und Periodizität	<p>Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</p> <p>HBSC-Studie: Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt</p>
Berechnungsmethode	<p>Anzahl der Personen, welche angeben regelmäßig zu rauchen innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100</p>
Stratifizierbarkeit	<p>Alter, Geschlecht, Bundesland</p>
Verwendung	<p>ATHIS, EHIS, HBSC, OECD</p>
Referenzen	<p>Klimont et al. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien, 2007</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p> <p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20_070315_ehis_en.pdf</p> <p>http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children</p> <p>http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</p> <p>Elmadfa I et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage, Wien, 2012: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012</p> <p>http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20_070315_ehis_en.pdf</p>
Anmerkungen	

<p>Kurz-Bezeichnung des Indikators</p>	<p>Gesunde Ernährung</p>
<p>Langform der Bezeichnung</p>	<p>Anteil der Bevölkerung, welcher sich gesund ernährt - selbstberichtet</p>
<p>Zugeordneter Bereich</p>	<p>Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren</p>
<p>Definition des Indikators (textliche Beschreibung)</p>	<p>Die Ernährung nimmt in der Gesundheitsförderung und der Prävention zahlreicher, vor allem nichtübertragbarer Erkrankungen, einen hohen Stellenwert ein. Ernährungsassoziierte Erkrankungen, mit mehr oder weniger multifaktorieller Genese, stellen weltweit eine der Hauptursachen für Morbidität und Mortalität dar (Elmadfa I et al. 2012).</p> <p>Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher sich gesund ernährt.</p>
<p>Datenquellen</p>	<p>WHO – HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children): Das Ernährungsverhalten der Schülerinnen und Schüler wurde anhand einer Reihe von Items gemessen, die unter anderem erheben, wie regelmäßig die SchülerInnen bestimmte Typen von Lebensmittel konsumieren (z.B. Obst, Gemüse, Süßigkeiten, etc.) (Itembox 10 v.a. Frage nach Typen von konsumierten Lebensmitteln) Frage: „Wie oft in der Woche isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge (vgl. Liste)?“ Antwort: „nie /seltener als einmal in der Woche / einmal wöchentlich / an 2-4 Tagen in der Woche – an 5-6 Tagen in der Woche /einmal täglich /mehrmals wöchentlich“</p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/2007: Frage D7.1.: „Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?“ Antwort D7.1.: „Mischkost mit viel Obst und Gemüse / Mischkost mit viel Fleisch / Mischkost mit wenig Fleisch / Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern / Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern / Vegetarisch und keine tierischen Produkte“</p> <p>EHIS (Eurostat) Frage FV.1.: „How often do you eat fruits (excluding juice)?“ Antwort FV.1.: “Twice or more a day / Once a day / Less than once a day but at least 4 times a week / Less than 4 times a week, but at least once a week / Less than once a week / never / don’t know / refusal” Frage FV.2.: “How often do you eat vegetables or salad (excluding juice and potatoes)?“ Antwort FV.2.: “Twice or more a day / Once a day / Less than once a day but at least 4 times a week / Less than 4 times a week, but at least once a week / Less than once a week / never / don’t know / refusal”</p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2013/2014: Fragen FV1/FV3: “Wie oft essen Sie Obst? Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat?“ Antwort: „Täglich oder mehrmals pro Woche / 4 bis 6 mal pro Woche / 1 bis 3 mal pro Woche / weniger als einmal pro Woche / nie“ Fragen FV2/FV4: „Wie viele Portionen Obst essen Sie pro Tag? / Wieviele Portionen Gemüse oder Salat essen Sie pro Tag?“ Antwort: „Anzahl der Portionen“</p>
<p>Aktualität und Periodizität</p>	<p>Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:Euro</p>

	pean_health_interview_survey_(EHIS)
	HBSC-Studie: Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche angeben sich gesund zu ernähren innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Bildung, sozioökonomischer Status
Verwendung	ATHIS, EHIS, HBSC, OECD
Referenzen	<p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p> <p>http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</p> <p>http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children</p> <p>http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</p> <p>Schnabel F. et al. (2012). Amt der Burgenländischen Landesregierung (Hrsg.). Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung. Hornstein, DANEK Grafik Repro Druck</p> <p>Elmadfa I et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage, Wien, 2012:</p> <p>http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschueren_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012</p>
Anmerkungen	„Auf EU-Ebene wird empfohlen, das Ernährungsverhalten im Rahmen der GBE mithilfe des Obst- und Gemüsekonsums der Bevölkerung darzustellen. Diese Parameter wurden jedoch in Österreich nur im Rahmen des Ernährungsberichts abgefragt, wobei repräsentative Ergebnisse für einzelne Bundesländer nicht verfügbar sind. Aufgrund dessen wird wiederum auf die ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/07 zurückgegriffen, die aber andere Komponenten des Ernährungsverhaltens berücksichtigt“ (Schnabel et al. 2013)

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Trinkgewohnheiten
Langform der Bezeichnung	Gesunde Trinkgewohnheiten der Bevölkerung - selbstberichtet
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators	Gesunde Trinkgewohnheiten zählen zu einer gesunden Ernährung und können wie folgt definiert werden:
(textliche Beschreibung)	<p>Gemäß internationalen und nationalen Empfehlungen wie z.B. jene des Instituts für Ernährungswissenschaften der Universität Wien wird vor allem die Trinkgewohnheit von Wasser/Mineralwasser/Tee, ungezuckert als gesund bezeichnet. (vgl. Schnabel et al. 2013)</p> <p>Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher eine gesunde Trinkgewohnheit aufweist.</p>

<p>Datenquellen</p>	<p>WHO – HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children): Im Hinblick auf die Trinkgewohnheiten bei Jugendlichen wurde lediglich der Alkoholkonsum anhand einer Reihe von Items gemessen, welche die Regelmäßigkeit erheben, mit der alkoholische Getränke konsumiert werden (Item-box 12). Frage: „Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen?“ Antwort: „täglich / Jede Woche / jeden Monat / seltener / nie“</p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/2014 zum Alkoholkonsum - Fragen sind jedoch differenzierter): Frage D7.1.: „Wie würden Sie Ihre Trinkgewohnheiten beschreiben?“ Antwort D7.1.: „Trinke vorwiegend Wasser - Mineralwasser - Tee, ungezuckert / Trinke vorwiegend Fruchtsäfte und Limonaden / Trinke vorwiegend alkoholische Getränke“ Frage D3.1.: „Haben Sie während der letzten zwölf Monate Alkohol getrunken (Bier, Wein, Spirituosen, andere alkoholhaltige Getränke)?“ Antwort D3.1.: „Ich habe in den letzten 12 Monaten nie Alkohol getrunken / Ich habe in den letzten 12 Monaten maximal viermal Alkohol getrunken / Ich habe in den letzten 12 Monaten öfter als viermal Alkohol getrunken“ Frage D3.4.: „An wie vielen Tagen während der letzten vier Wochen haben Sie Alkohol getrunken?“ Antwort D3.4.: „An ... Tagen / Weiß nicht“</p> <p>EHIS (Eurostat) Frage AL.1.: „During the past 12 months, how often have you had an alcoholic drink of any kind (that is beer, wine, spirits, liqueurs or other alcoholic beverages)?“ Antwort AL.1.: „Never / Monthly or less / 2-4 times a month / 2-3 times a week / 4-6 times a week / Every day“ Frage AL.2.: „How many drinks containing alcohol do you have each day in a typical week when you are drinking? Start with Monday and take one day at a time.“ Frage AL.3.: „During the past 12 months, how often did you have 6 or more drinks on one occasion?“ Antwort AL.3.: „Never / Less than monthly / Monthly / Weekly / Daily or almost daily“</p>
<p>Aktualität und Periodizität</p>	<p>Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</p> <p>WHO – HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children):</p>
<p>Berechnungsmethode</p>	<p>Anzahl der Personen, welche angeben gesunde Trinkgewohnheiten zu praktizieren innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100</p>
<p>Stratifizierbarkeit</p>	<p>Alter, Bildung, sozioökonomischer Status</p>
<p>Verwendung</p>	<p>ATHIS, EHIS, Ernährungsbericht, HBSC, OECD</p>
<p>Referenzen</p>	<p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p>

	<p>http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf Elmadfa I et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage, Wien, 2012: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012 http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children</p> <p>http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</p> <p>Schnabel F. et al. (2012). Amt der Burgenländischen Landesregierung (Hrsg.). Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung. Hornstein, DANEK Grafik Repro Druck</p>
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	BMI
Langform der Bezeichnung	Prävalenzrate Untergewicht, Übergewicht und Adipositas gemessen am Body Mass Index (BMI) - selbstberichtet
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Der BMI ist eine wichtige Kennzahl zur Erfassung des Anteils übergewichtiger und untergewichtiger Personen in einer Bevölkerung. (Schnabel et al. 2013).</p> <p>Adipositas stellt laut WHO/Europe eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert dar, da sie eine erhebliche Auswirkung auf die Gesundheit hat (Klimont et al. 2007). Auch Untergewicht kann mit einer erhöhten Mortalität verbunden sein (Elmadfa I et al. 2012).</p> <p>Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher untergewichtig, normalgewichtig, übergewichtig bzw. adipös ist.</p>
Datenquellen	<p>WHO – HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children): Itembox 6 Frage: „Wie viel wiegst du ohne Kleidung?“ Antwort: „Gewicht in kg“ Frage: „Wie groß bist du ohne Schuhe?“ Antwort: „Größe in cm“</p> <p>ATHIS Gesundheitsbefragung 2006/2007 (identische Fragestellung 2013/2014): Frage D1.1.: „Wie groß sind Sie ohne Schuhe?“ Antwort D1.1.: „...cm“ Frage D1.2.: „Wie viel wiegen Sie ohne Kleidung und Schuhe?“ Antwort D1.2.: „-...kg“</p> <p>EHIS (Eurostat): Frage BMI.1.: „How tall are you without shoes?“ Antwort BMI.1.: „...cm“ Frage BMI.2.: „How much do you weight without clothes and shoes?“ Antwort BMI.2.: „...kg“</p>

	Bei den Befragungen zum Österreichischen Ernährungsbericht in den Jahren 2010–12 wurde auch der BMI erfasst (vgl. Seite 368)
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche untergewichtig, normalgewichtig, übergewichtig bzw. adipös innerhalb der Zielpopulation sind / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	ATHIS, EHIS, Ernährungsbericht, HBSC, OECD
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014) http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf Elmadfa I et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage, Wien, 2012: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012 http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT Schnabel F. et al. (2012). Amt der Burgenländischen Landesregierung (Hrsg.). Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung. Hornstein, DANEK Grafik Repro Druck
Anmerkungen	Es gilt zu berücksichtigen, dass der BMI keine Aussage über Körperfett- und Muskelanteil einer Person treffen kann (Schnabel et al. 2013)

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Krebsscreening (Mamma) (Befragungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Mammographiescreening
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
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 definier-

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	ten Zeitraums teilgenommen hat.
Datenquellen	<p>ATHIS – Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Fragestellung 2013/2014 ähnlich – Antwortmöglichkeiten sind differenzierter): 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></p> <p>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></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 was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</p>
Berechnungsmethode	Teilnahmerate: Anzahl der gescreenten Frauen innerhalb der Zielpopulation/Anzahl der Frauen innerhalb der Zielpopulation*100
Stratifizierbarkeit	Alter, sozioökonomischer Statuts
Verwendung	ATHIS, OECD Health Data, EHIS (Eurostat) (GÖG-Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Bildungsniveau), ECHIM
Referenzen	<p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</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/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</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>
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>Qualitätsgesichertes Programm startet voraussichtlich im ersten Quartal 2014 in Österreich: http://www.bmg.gv.at/home/Gesundheitsleistungen/Brustkrebs_Frueherkennung/</p>
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Krebsscreening (Kolon) (Befragungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Screening Kolonkarzinom
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Kolorektalkrebs zählt zu einer der häufigsten Krebserkrankung bei Männern und Frauen. Screenings haben das Potenzial zur Früherkennung und Vermeidung dieser Krebsart.</p> <p>Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Personen einer definierten Altersgruppe, welcher an einem Screening Kolonkarzinom (faecal occult blood test) innerhalb eines definierten Zeitraums teilgenommen hat.</p>
Datenquellen	<p>EHIS (Eurostat) Frage PA.16: „Have you ever had a faecal occult blood test?“ Antwort PA.16: “Yes/No” Frage PA.17: “When was the last time you had a faecal occult blood test?” Antwort PA.17: “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>EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</p>
Berechnungsmethode	Teilnahmerate: Anzahl der gescreenten Personen innerhalb der Zielpopulation/Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation*100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status
Verwendung	OECD Health Data, EHIS (Eurostat), ECHIM,
Referenzen	<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/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</p>

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

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)	Krebsscreening (Cervix) (Befragungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Zervixkarzinom Screening
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung 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 (cervical smear test) innerhalb eines bestimmten Zeitraums teilgenommen hat.
Datenquellen	ATHIS – Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Fragestellung 2013/2014 ähnlich – Antwortmöglichkeiten sind differenzierter): 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 innerhalb der letzten 3 Jahre“ 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”
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)
Berechnungsmethode	Teilnahmerate: Anzahl der gescreenten Frauen innerhalb der Zielpopulation/Anzahl der Frauen innerhalb der Zielpopulation*100
Stratifizierbarkeit	Alter, sozioökonomischer Statuts
Verwendung	ATHIS, OECD Health Data, EHIS (Eurostat) (GÖG-Krebs-Screening-Inanspruchnahme nach Bildungsniveau), ECHIM
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom

	<p>11.03.2014)</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/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</p>
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. Krebsvorsorge bei Gebärmutterhalskrebs: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Nichtuebertragbare_Krankheiten/Krebs/Krebsvorsorge_bei_Gebaermutterhalskrebs</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Krebsscreenings (Mamma) (Abrechnungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Mammographiescreening
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
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 Statuts, Kalenderjahr
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Datenquelle z.B. MetaHono (z.B. 201301 kurativ / bzw. 240103 Vorsorge-mammographie)

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Krebsscreening (Kolon) (Abrechnungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Screening Kolonkarzinom
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
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 (faecal occult blood test) 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)	Krebsscreening (Cervix) (Abrechnungsdaten)
Langform der Bezeichnung	Teilnahmerate Zervixkarzinom Screening
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Die regelmäßige Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung 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 (cervical smear test) innerhalb eines bestimmten Zeitraums teilgenommen hat. Anzahl der Leistungen
Datenquellen	HVB
Aktualität und Periodizität	Jährlich verfügbar
Berechnungs-	

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

methode	
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)	Vorsorgeuntersuchung
Langform der Bezeichnung	Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchung - Teilnehmerate je Bundesland
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Teilnehmerate 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	Geburtsgewicht Neugeborene < 2500g
Langform der Bezeichnung	Geburtsgewicht Neugeborene <2500g in %
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der untergewichtig Lebendgeborenen in %
Datenquellen	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung – Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Jährlich und aktuell
Berechnungsmethode	Menge der Untergewichtigen durch Menge der Lebendgeborenen mit 100 multipliziert
Stratifizierbarkeit	Bundesländer, Geschlecht,
Verwendung	
Referenzen	OECD – Health at a Glance, Jahrbuch Gesundheitsstatistik (S 116)
Anmerkungen	Wer vermeidet geringes Geburtstgewicht? eine Gelingende Schwangerschaft – die ist nicht nur von medizinischen Umständen abhängig;

Kurz-Bezeichnung des Indikators	MUKIPA
Langform der Bezeichnung	MUKIPA – Vollständige Inanspruchnahme
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Mutter-Kind-Pass dient der gesundheitlichen Vorsorge für Schwangere und Kleinkinder bis zum 5. Lebensjahr (vgl. BMG) Ziel ist eine vollständige Inanspruchnahme Diese Betrifft die Mutter und ab Geburt das Kind. Der MUKIPA hat definierte Leistungen. Idee: Zahlung des KBG hängt von der Meldung der Untersuchungen ab. CC bei der NÖGKK hier könnte man nach Statistiken fragen?
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	http://eprints.hta.lbg.ac.at/826/1/DSD_33.pdf
Anmerkungen	Dieser Indikator ist zu entwickeln

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Suizide
Langform der Bezeichnung	Suizidrate (ICD X60-X84)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen durch Suizide (ICD X60-X84) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria, OECD (Quelle: Eurostat)
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008 Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013
Anmerkungen	„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauer, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013) In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität Unfälle
Langform der Bezeichnung	Sterbefälle aufgrund von Unfällen (ICD V01-X59)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen durch Unfälle (ICD V01-X59) pro 100.000 Lebenden

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Datenquellen	Statistik Austria, OECD (Quelle: Eurostat)
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	<p>http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</p> <p>http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</p> <p>Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008</p> <p>Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013</p>
Anmerkungen	<p>„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauerarzt, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013)</p> <p>In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität Herz-Kreislauf Erkrankungen
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate Herz-Kreislaufkrankungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD 100-199)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an Herz-Kreislaufkrankungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD 100-199) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008 Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013
Anmerkungen	„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauer, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013) In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität ischämische Herzkrankheiten
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate ischämische Herzerkrankungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD I20-I25)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an ischämischen Herzerkrankungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD I20-I25) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	jährlich

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria, OECD (Quelle: Eurostat)
Referenzen	<p>http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</p> <p>http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</p> <p>Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008</p> <p>Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013</p>
Anmerkungen	<p>„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauerarzt, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013)</p> <p>In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität akuter Myokardinfarkt
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate akuter Myokardinfarkt vor dem 75. Lebensjahr (ICD I21-I22)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an akutem Myokardinfarkt vor dem 75. Lebensjahr (ICD I21-I22) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	<p>http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</p> <p>Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008</p> <p>Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013</p>

Anmerkungen	<p>„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauerarzt, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013)</p> <p>In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)</p>
-------------	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität Hirngefäßkrankheiten
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate zerebrovaskuläre Krankheiten vor dem 75. Lebensjahr (ICD I60-I69)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an zerebrovaskulären Krankheiten vor dem 75. Lebensjahr (ICD I60-I69) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	<p>http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</p> <p>Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008</p> <p>Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013</p>
Anmerkungen	<p>„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauerarzt, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013)</p> <p>In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität bösartige Neubildungen
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD C00-C97)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an bösartigen Neubildungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD C00-C97) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria, OECD (Quelle: Eurostat)
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008 Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013
Anmerkungen	„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauer, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013) In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität bösartige Neubildungen der Brustdrüse
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen der Brustdrüse vor dem 75. Lebensjahr (ICD C50)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Datenquellen	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an bösartigen Neubildungen der Brustdrüse vor dem 75. Lebensjahr (ICD C50) pro 100.000 Lebenden
Aktualität und Periodizität	Statistik Austria, OECD (Quelle: Eurostat)
Berechnungsmethode	jährlich
Stratifizierbarkeit	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Verwendung	Alter, Geschlecht, Bundesland
Referenzen	Statistik Austria
Anmerkungen	<p>http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</p> <p>http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</p> <p>Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008</p> <p>Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013</p> <p>„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauer, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013)</p> <p>In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität bösartige Neubildungen der Prostata
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen der Prostata vor dem 75. Lebensjahr (ICD C61)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an bösartigen Neubildungen der Prostata vor dem 75. Lebensjahr (ICD C61) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria, OECD (Quelle: Eurostat)
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria

Referenzen	<p>http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</p> <p>http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</p> <p>Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008</p> <p>Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013</p>
Anmerkungen	<p>„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauerarzt, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013)</p> <p>In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität bösartige Neubildungen des Kolons
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen des Kolons vor dem 75. Lebensjahr (ICD C18)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an bösartigen Neubildungen des Kolons vor dem 75. Lebensjahr (ICD C18) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	<p>http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</p> <p>Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008</p> <p>Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013</p>
Anmerkungen	„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauerarzt, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013)

	In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität bösartige des Larynx, der Trachea und der Bronchien und der Lunge
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen des Larynx, der Trachea und der Bronchien und der Lunge (ICD C32-C34)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an bösartigen Neubildungen des Larynx, der Trachea und der Bronchien und der Lunge (ICD C32-C34) pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria, OECD
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008
Anmerkungen	„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauer, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013) In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität chronische Krankheiten der unteren Atemwege
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate chronische Krankheiten der Atemwege vor dem 75. Lebensjahr
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an chronischen Krankheiten

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

kators (textliche Beschreibung)	der Atemwege vor dem 75. Lebensjahr pro 100.000 Lebenden
Datenquellen	Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008 Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013
Anmerkungen	„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauerarzt, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013) In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Mortalität psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD F00-F99)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an psychiatrischen Krankheiten und Verhaltensstörungen vor dem 75. Lebensjahr pro 100.000 Lebenden (ICD F00-F99)
Datenquellen	Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Gesamtzahl der Todesfälle in einer spezifischen Alters- und Geschlechtsgruppe der Population eines bestimmten Gebietes in einem bestimmten Zeitraum / Geschätzte Gesamtgröße dieser Alters- und Geschlechtsgruppe im selben Zeitraum (vgl. Definition)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber,

	Bern, 2008 Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012. Verlag Österreich GmbH, Wien, 2013
Anmerkungen	„Die Ergebnisse zu den Sterbefällen stammen aus der Todesursachenstatistik, in der jeder Todesfall der österreichischen Bevölkerung dokumentiert ist. Erhoben werden neben Alter, Geschlecht, und Wohnort auch Todesort und Todeszeitpunkt. Die Todesursachen werden durch einen Totenbeschauer, Pathologen oder Gerichtsmediziner angegeben und in der Statistik Austria nach WHO-Richtlinien kodiert“ (Statistik Austria 2013) In den meisten Industriestaaten werden Todesfälle und Ihre Ursachen einheitlich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) erfasst (Bonita et al. 2008)

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Säuglingssterblichkeit
Langform der Bezeichnung	Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator zählt alle verstorbenen Säuglinge bis zum ersten Lebensjahr.
Datenquellen	DIAGe
Aktualität und Periodizität	Regelmäßig und aktuell
Berechnungsmethode	Zählung der Entlassungen durch Todesfall kombiniert mit der Diagnosenliste
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Wie ist er zu interpretieren? Der Indikator passt eher in die Prävention, GF, da Fehlbildungen während der Schwangerschaft minimiert werden können.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Säuglingssterblichkeit – angeborene Fehlbildungen
Langform der Bezeichnung	Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr (angeborene Fehlbildungen – Q00-Q99)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator zählt alle auf Grund von angeborenen Fehlbildungen verstorbenen Säuglinge bis zum ersten Lebensjahr.
Datenquellen	DIAGe
Aktualität und Periodizität	Regelmäßig und aktuell

Berechnungsmethode	Zählung der Entlassungen durch Todesfall kombiniert mit der Diagnosenliste
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Wie ist er zu interpretieren? Der Indikator passt eher in die Prävention, GF, da Fehlbildungen während der Schwangerschaft minimiert werden können.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Säuglingssterblichkeit - perinatale Affektionen
Langform der Bezeichnung	Säuglingssterblichkeit bis zum 1. Lebensjahr durch "Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)"
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator zählt alle Tode von Säuglingen bis zum 1. Lebensjahr, die auf Grund einer mit der Perinatalperiode (Ende Schwangerschaft bis 7. Lebenstag) zusammenhängen Komplikation eintreten.
Datenquellen	DIAGe
Aktualität und Periodizität	Regelmäßig und aktuell
Berechnungsmethode	Zählung der Entlassungen durch Todesfall kombiniert mit der Diagnosenliste
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	
Referenzen	Statistik Austria
Anmerkungen	Scheint eng mit dem medizinischen System verbunden zu sein

Kurz-Bezeichnung des Indikators	5 Jahresüberlebensrate Krebs bei Kindern
Langform der Bezeichnung	5 Jahresüberlebensrate bei Krebs bei Kindern
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	5 Jahres-Überlebensrate bei Menschen unter 15 Jahren zum Zeitpunkt der Entdeckung des Karzinoms. Der Indikator wird wie international üblich verwendet.
Datenquellen	Statistik Austria publiziert im April.
Aktualität und Periodizität	Wird ab 2014 ins Krebsregister miteinbezogen.
Berechnungsmethode	Zu ergänzen, wenn öffentlich
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/Doc/KID2010.pdf Seite 111
Anmerkungen	Die Statistik Austria plant hier eine Publikation im April 2014

	<p>Mailverkehr vom 11.2.2014:</p> <p>Grundsätzlich möglich wäre es schon – allerdings kommen wir da sehr wahrscheinlich in ein Fallzahlenproblem, da in Österreich ja Gott sei Dank eher wenige Kinder an Krebs erkranken und umso weniger sterben und die Aussagekraft der Überlebensdaueranalyse sehr klein bzw. die Konfidenzintervalle sehr groß werden.</p> <p>Von: Scheuringer Martin [mailto:Martin.Scheuringer@hvb.sozvers.at] Gesendet: Dienstag, 11. Februar 2014 14:54 An: ZIELONKE Nadine Betreff: AW: Krebsregistger Sehr geehrte Frau Nadine Zielonke!</p> <p>Wir bereiten ein Set an Indikatoren vor, in dem auch der Erfragte eine Rolle spielen soll. Ich bin zum jetzigen Zeitpunkt mit ihrer Antwort sehr zufrieden, schöne wäre nur, wenn Sie mir noch mitteilen könnten, ob es möglich sein wird diesen Indikator bundesländerweit auszuwerten.</p> <p>Von: ZIELONKE Nadine [mailto:Nadine.Zielonke@statistik.gv.at] Gesendet: Dienstag, 11. Februar 2014 14:50 An: Scheuringer Martin Betreff: WG: Krebsregistger Aktuell liegen die Analysen zur Überlebensdauer von Krebspatienten nur in groben Kategorien vor (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/ueberleben_mit_krebs/index.html). Da wir aber an einer gemeinsamen Publikation mit der St. Anna Kinderkrebshilfe arbeiten, werden in absehbarer Zeit auch detailliertere Auswertungen zum Überlebenswahrscheinlichkeit mit Krebs im Kindesalter vorliegen.</p> <p>MfG Nadine Zielonke</p> <p>Dipl. Demographin Nadine Zielonke Gesundheitsstatistik/ Projektleitung Österreichisches Krebsregister Health statistics/ Manager Austrian national cancer registry STATISTIK AUSTRIA Demographie, Gesundheit, Arbeitsmarkt A-1110 Wien, Guglgasse 13 Tel.: +43 1 71128/7228 Fax.: +43 1 71128/7445</p> <p>Zusätzlicher mailverkehr am 13.3.2014 betreffend: internationale Vergleichbarkeit und Zeitreihenbildung: @ Vergleichbarkeit: Auf jeden Fall!</p> <p>Das österreichische Krebsregister berichtet über Tumore bei Kindern und Jugendlichen gemäß internationaler Konvention entsprechend der International Classification of Childhood Cancer, 3rd edition (ICCC-3). Diese Klassifikation basiert auf der Internationalen Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie (ICD-O). Sie gruppiert Morphologien und Topographien abgestimmt auf die Besonderheiten kindlicher Krebserkrankungen.</p> <p>@ Zeitreihe:</p> <p>Wir „erheben“ die Kinderkrebsdaten nicht gesondert. Das österreichische</p>
--	--

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	<p>Krebsregister erhebt laufend die Tumormeldungen zu allen Personen jeden Alters, die zur österreichischen Wohnbevölkerung gehören. Nach der Publikation des angesprochenen Berichts, der für April geplant ist, werden die Analysen regelmäßig publiziert.</p>
--	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Totgeburten
Langform der Bezeichnung	Fetale Sterblichkeit während der Schwangerschaft - Rate an Totgeburten
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Totgeburten haben Gründe im Organismus des Kindes oder in dem der Mutter bzw. im Verhalten bzw. im sozialen Umfeld der Mutter. Der Indikator zeigt daher Konsequenzen von vielerlei Ursachen an.
Datenquellen	http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=degeborene_mon_ext – Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Aktuell
Berechnungsmethode	Todgeborene pro 1000 Geborenen
Stratifizierbarkeit	Bundesland,
Verwendung	PERISTAT, ECHIM
Referenzen	http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf
Anmerkungen	Auf wikipedia sind Erklärungen nachzulesen: http://de.wikipedia.org/wiki/Totgeburt

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Inzidenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems
Langform der Bezeichnung	Inzidenz bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (I00 bis I99)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Dieser Indikator ist äußerst wünschenswert setzt aber eine Diagnosencodierung im Niedergelassenen Bereich voraus. Einzelstudien sind evtl. erforderlich

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Prävalenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei Krankheiten des Kreislaufsystems
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren Funktion
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher angibt jemals an einer Erkrankung des Kreislaufsystems gelitten zu haben.
Datenquellen	ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/2007 (ähnliche Fragestellung 2013/2014): Frage S4.1 (g/h/i):. Hatten Sie jemals Bluthochdruck/Herzinfarkt/Schlaganfall oder eine Gehirnblutung? EHIS (Eurostat): Frage CD1: „During the past 12 months, have you had any of the following diseases or conditions? Antwort: Myocardial infarction / Coronary heart disease / High blood pressure /Stroke
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche angeben jemals an einer Krankheit des Kreislaufsystems gelitten zu haben innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	ATHIS, EHIS
Referenzen	Klimont et al. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien, 2007 http://www.statistik.at/web_de/fragebogen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014) http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Inzidenz bösartige Neubildungen
Langform der Bezeichnung	Inzidenzrate bei bösartigen Neubildungen (ICD C00-C97)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ICD C00-C97) pro Kalenderjahr und 100.000 Lebenden
Datenquellen	Krebsregister, Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	jährlich
Berechnungsmethode	Die Inzidenz wird berechnet in dem der Zähler mit der Anzahl der Neuerkrankungen (bösartige Neubildungen), die in einem festgelegten Zeitraum auftreten besetzt ist und der Nenner mit der Population, welche während dieses Zeitraums der Gefahr einer Erkrankung ausgesetzt ist (Bonita et al. 2012). $I = \frac{\text{Anzahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum}}{\text{Anzahl der während dieses Zeitraums gefährdeten Personen}} (x 10n)$
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Tumorstadium, etc.
Verwendung	Statistik Austria – Krebsregister; tlw. OECD
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html http://statcube.at/superwebguest/login.do?guest=guest&db=dekrebs_ext http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/01/11/index.html?contentType=/ns/StatisticalPublication,/ns/Chapter&itemId=/content/chapter/9789264183896-14-en&containerItemId=/content/serial/23056088&accessItemIds=&mimeType=ext/html Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008
Anmerkungen	„Das österreichische Krebsregister ist ein bevölkerungsbezogenes Krebsregister mit einer klaren epidemiologischen Fundierung. Es ist eine Einrichtung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über das Auftreten und die Häufigkeit von Krebserkrankungen aller Personen mit Wohnsitz in Österreich (~ 8,4 Millionen, 2012).“ Quelle: http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/publdetail?id=83&listid=83&detail=679 05.02.2014

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Prävalenz bösartige Neubildungen
Langform der Bezeichnung	Prävalenz bei bösartigen Neubildungen (ICD C00-C97)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl von Personen, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Periode an bösartigen Neubildungen (ICD C00-C97) erkrankt sind und noch am Leben sind
Datenquellen	Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Vgl. Anmerkungen
Berechnungsmethode	Die Prävalenz bei bösartigen Neubildungen wird wie folgt dargestellt: Anzahl an Personen, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Periode an bösartigen Neubildungen (ICD C00-C97) erkrankt sind und noch am Leben sind
Stratifizierbarkeit	Geschlecht
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	
Anmerkungen	„Die aktuell verfügbaren Ergebnisse umfassen die Berichtsjahre 1983 bis 2011, d.h. jene Personen deren Diagnose innerhalb dieses Zeitraums gestellt wurde und die zum Referenzzeitpunkt 31.12.2011 noch am Leben waren“ Quelle: www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebspraevalenz

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Prävalenz Diabetes
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei Diabetes
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren Funktion
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher angibt jemals an Diabetes gelitten zu haben.
Datenquellen	ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/2007 (idente Fragestellung 2013/2014): Frage S4.1 (d): Hatten Sie jemals Diabetes? EHIS (Eurostat): Frage CD1: „During the past 12 months, have you had any of the following diseases or conditions? Antwort: Diabetes
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 213/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche angeben jemals an Diabetes gelitten zu haben innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	ATHIS, EHIS
Referenzen	Klimont et al. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien, 2007 http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014) http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Inzidenz Diabetes
Langform der Bezeichnung	Inzidenz bei Diabetes mellitus (ICD E10-E14)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Dieser Indikator ist äußerst wünschenswert setzt aber eine Diagnosenkodierung im Niedergelassenen Bereich voraus. Einzelstudien sind evtl. erforderlich

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Prävalenz Asthma
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei Asthma
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren Funktion
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher angibt jemals an Asthma gelitten zu haben.
Datenquellen	ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 (identische Fragestellung 2013/14): Frage S4.1 (a/b): „Hatten Sie jemals allergisches Asthma/eine andere Form von Asthma?“ EHIS (Eurostat): Frage CD1: „During the past 12 months, have you had any of the following diseases or conditions?“ Antwort: Asthma
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche angeben jemals an Asthma gelitten zu haben innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	ATHIS, EHIS
Referenzen	Klimont et al. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien, 2007 http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014) http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf
Anmerkungen	.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Inzidenz Asthma
Langform der Bezeichnung	Inzidenz bei Asthma
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Dieser Indikator ist äußerst wünschenswert setzt aber eine Diagnosencodierung im Niedergelassenen Bereich voraus. Einzelstudien sind evtl. erforderlich

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Prävalenz COPD
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei chronischer Bronchitis oder Emphysem
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren Funktion
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher angibt jemals an chronischer Bronchitis oder einem Emphysem gelitten zu haben.
Datenquellen	ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/2014: Frage S4.1 (j): Hatten Sie jemals chronische Bronchitis oder ein Emphysem? EHIS (Eurostat): Frage CD1: „During the past 12 months, have you had any of the following diseases or conditions? Antwort: Chronic bronchitis, chronic obstructive pulmonary disease, emphysema
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche angeben jemals an chronischer Bronchitis oder einem Emphysem gelitten zu haben innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	ATHIS, EHIS
Referenzen	Klimont et al. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien, 2007

	http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014) http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Inzidenz COPD
Langform der Bezeichnung	Inzidenz bei COPD
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Dieser Indikator ist äußerst wünschenswert setzt aber eine Diagnosencodierung im Niedergelassenen Bereich voraus. Einzelstudien sind evtl. erforderlich

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Prävalenz – Depression
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei Depression
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher angibt jemals an chronischen Angstzuständen oder Depression gelitten zu haben.
Datenquellen	ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 (Fragestellung 2013/2014 – hier wird nur nach Depression gefragt): Frage S4.1 (r):. Hatten Sie jemals chronische Angstzustände oder Depressi-

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	on? EHIS (Eurostat): Frage CD1: „During the past 12 months, have you had any of the following diseases or conditions? Antwort: Depression
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014 EHIS: Durchführung einmal alle fünf Jahre. First wave was conducted in 17 Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche angeben jemals an chronischen Angstzuständen oder Depression gelitten zu haben innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	ATHIS, EHIS
Referenzen	Klimont et al. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, Wien, 2007 http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014) http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	Inzidenz – Psychische und Verhaltensstörungen
Langform der Bezeichnung	Inzidenz bei psychischen und Verhaltensstörungen (ICD F00-F09)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikatoren
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Anmerkungen	Dieser Indikator ist äußerst wünschenswert setzt aber eine Diagnosencodierung im Niedergelassenen Bereich voraus. Einzelstudien sind evtl. erforderlich
-------------	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Subjektive Lebensqualität von chronisch Kranken – je Krankheit
Langform der Bezeichnung	Subjektive Lebensqualität von Personen mit <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Herz-Kreislauf-Erkrankungen • COPD • Asthma • Psychische Krankheiten
Zugeordneter Bereich	Bereich: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung: Übergeordneter Indikator wurde aufgrund der positiven Bewertungen bereits empfohlen
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat mehrere Dimensionen, die mit dem SF-36 Fragebogen erhoben werden können.
Datenquellen	Der SF-36 könnte bei Bekanntheit dieser Populationen direkt erhoben werden, oder in ein größeres Survey integriert werden. Im ATHIS (2006/2007) wurden einzelne Gruppen von chronisch Kranken identifiziert (Allergien, Bluthochdruck, Migräne, Arthrose, Diabetes, Osteoporose).
Aktualität und Periodizität	Mit ATHIS alle 5 (bis 7) Jahre. In anderer Weise wären kürzere Intervalle besser als längere.
Berechnungsmethode	8 Skalenwerte des SF-36, die zu einer gewichteten Summe verdichtet werden <ul style="list-style-type: none"> • Vitalität • Körperliche Funktionsfähigkeit • Körperliche Schmerzen • Allgemeine Gesundheitswahrnehmung • Körperliche Rollenfunktion • Emotionale Rollenfunktion • Soziale Funktionsfähigkeit • Psychisches Wohlbefinden
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter
Verwendung	Neuer Indikator
Referenzen	
Anmerkungen	Laut ATHIS 2006/2007 liegt die Lebenszeit-Prävalenz chronischer Krankheiten der über 15-Jährigen in Österreich bei 64,8% (mindestens 1 chronische Krankheit). In einer vergleichenden Studie in 8 europäischen Ländern zum Einfluss chronischer Krankheiten auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, antworteten 55% der Befragten, mindestens eine chronische Krankheit zu haben (Alonso et al. 2004: Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project.)

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Lebensqualität mit COPD / Asthma
Langform der Bezeichnung	Indikator für subjektive Lebensqualität der Patientinnen und Patienten mit COPD oder Asthma
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Subjektive Lebensqualität COPD oder Asthma Erkrankungen ist ein zentraler Ergebnisindikator für gutes Leben mit chronischen Lungen-Erkrankungen. Lebensqualität ist nach allgemeiner wissenschaftlicher Auffassung ein multidimensionales Konstrukt, das nicht direkt erfasst, sondern nur in seinen Teilbereichen über Indikatoren abgebildet werden kann. Die WHO sieht Lebensqualität als übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung. Zur Messung der Lebensqualität (Konstrukt) stehen mehrere international standardisierte Messmethoden zur Verfügung. Je nach Zielgruppe, Erhebungsverfahren etc. haben die unterschiedlichen Fragebögen jeweils Vor- und Nachteile (Detailtiefe, Länge, Themenbereiche). <u>Exemplarisch</u> seien genannt: SF-36: krankheitsunspezifisches Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; wurde von der RAND Corporation im Rahmen der so genannten Medical Outcomes Study (MOS) entwickelt. (SF-12 verwendet im Rahmen der BOLD-Studie in 2005; http://www.boldstudy.org/) EQ-5D: Gesundheitsfragebogen, der die Lebensqualität von 5 (sehr gut) bis 15 (extrem niedrig) ausdrückt. Wurde 1987 von der <i>EuroQol Group</i> , als Selbstberichtsinstrument des Patientinnen und Patienten entwickelt. Fünf Dimensionen beschreiben den Gesundheitszustand. Wird verwendet bei Therapie aktiv (Diabetes-DMP) WHOQOL-BREF: 26 Items, die Allgemeine Lebensqualität Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen und Umwelt messen. In mehr als 30 Sprachen, weltweite Vergleichbarkeit von Lebensqualitätsdaten; In Anwendung seit 2000. (verwendet im ATHIS 2006/2007)
Datenquellen	ATHIS 2006/07) ähnliche Fragestellung 2013/14: "Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich) <ul style="list-style-type: none"> • Allergisches Asthma • Andere Formen von Asthma • Chronische Bronchitis • Emphysem + WHOQOL-BREF Skalen
Aktualität und Periodizität	ATHIS Bold-Study (Erhebung 2005; Follow-up geplant)
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle Indexwert (SF-36, EQ-5D oder WHOQOL) laut Handbuch für entsprechende

	Stichprobe
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland (bei BOLD-Studie nicht möglich)
Verwendung	Neu
Referenzen	<p>“Cross-sectional, general population-based survey in 11.985 subjects from 17 countries. We measured spirometric lung function and assessed health status using the Short Form 12 questionnaire [SF-12]. The physical and mental health component scores were calculated. COPD is associated with poorer health status but the effect is stronger on the physical than the mental aspects of health status. Severe COPD has a greater negative impact on health status than self-reported cardiovascular disease and diabetes.”</p> <p>(http://erj.ersjournals.com/content/42/6/1472.full) BOLD-Studie</p>
Anmerkungen	<p>Herausforderung: Österreichische Fälle in der BOLD-Study nur aus Salzburg und Umgebung (2005; Follow-up geplant). Statistisch hochgerechnet auf Österreich.</p> <p>Präferenz ATHIS ?</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Tabakkonsum bei COPD/Asthma
Langform der Bezeichnung	Anteil der COPD-/Asthma-Patientinnen und Patienten, die täglich rauchen
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung:</p>
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	<p>Raucherstatus aus Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/14: "Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allergisches Asthma • Andere Formen von Asthma • Chronische Bronchitis • Emphysem <p>Davon der Anteil der täglich Rauchenden (Frage D2.4) 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/14)</p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu

Referenzen	<p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p>
Anmerkungen	<p>Neun von zehn COPD-Patientinnen und Patienten rauchen oder haben früher geraucht. Grundsätzlich lässt sich sagen, je länger und je mehr Zigaretten am Tag geraucht wurden, desto höher ist das Risiko an COPD zu erkranken.</p> <p>http://www.leichter-atmen.de/was-ist-copd</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Asthma	
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Asthma bronchiale (ICD10: J45) je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:	
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose Asthma bronchiale (J45) bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl	
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten	
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012	
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondskrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich. - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen und Patienten werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondskrankenanstalt. Datenquelle: - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria	
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster	
Verwendung	BIG	
Referenzen		
Anmerkungen		

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte COPD
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (ICD10: J44) je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Alters- und Geschlechtsstandardisiert).
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondskrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich. - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen und Patienten werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondskrankenanstalt. Datenquelle: - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	COPD-Prävalenz wird derzeit von den offiziellen Zahlen noch unterschätzt (Dunkelziffer ohne Diagnose). Diagnose J44 enthält neben COPD noch weitere Krankheitsbilder wie z.B. Chronische Bronchitis (allergische, asthmatisch). Trennscharfe Definition für COPD ist in ICD10 nicht enthalten. "Die Häufigkeit von COPD der Stadien II-IV wird in Österreich auf 10,6 Prozent geschätzt, wobei tatsächlich nur 5,6 Prozent diagnostiziert werden" http://www.netdokter.at/krankheit/copd-7564 „... kann man COPD getrost als Volkskrankheit bezeichnen. Seit 1990 stieg COPD zudem von Platz 6 auf Platz 4 der häufigsten natürlichen Todesursachen in Deutschland. Das Erkrankungsrisiko der COPD ist vergleichbar mit

	<p>dem von Asthma und Diabetes und höher als das eines Herzinfarktes.</p> <p>Trotzdem ist die Lungenkrankheit noch nicht in das allgemeine Bewusstsein der Bevölkerung vorgedrungen, weshalb sie oft als die unbekannte Schwester von Asthma bezeichnet wird. „</p> <p>(http://www.leichter-atmen.de/was-ist-copd)</p>
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Lebensqualität mit Diabetes
Langform der Bezeichnung	Indikator für subjektive Lebensqualität der Diabetikerinnen und Diabetiker.
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung:</p>
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Subjektive Lebensqualität der Diabetikerinnen und Diabetiker ist ein zentraler Ergebnisindikator für gutes Leben mit chronischen Erkrankungen. Durch passende Versorgung, Sekundärprävention, Gesundheitsverhalten und externe Gesundheitsdeterminanten sollte die Lebensqualität der DiabetikerInnen im Idealfall so hoch sein, wie bei Personen ohne Diabetes.</p> <p>Lebensqualität ist nach allgemeiner wissenschaftlicher Auffassung ein multidimensionales Konstrukt, das nicht direkt erfasst, sondern nur in seinen Teilbereichen über Indikatoren abgebildet werden kann. Die WHO sieht Lebensqualität als übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung.</p> <p>Zur Messung der Lebensqualität (Konstrukt) stehen mehrere international standardisierte Messmethoden zur Verfügung. Je nach Zielgruppe, Erhebungsverfahren etc. haben die unterschiedlichen Fragebögen jeweils Vor- und Nachteile (Detailtiefe, Länge, Themenbereiche).</p> <p><u>Exemplarisch</u> seien genannt:</p> <p>SF-36: krankheitsunspezifisches Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; wurde von der RAND Corporation im Rahmen der so genannten Medical Outcomes Study (MOS) entwickelt.</p> <p>EQ-5D: Gesundheitsfragebogen, der die Lebensqualität von 5 (sehr gut) bis 15 (extrem niedrig) ausdrückt. wurde 1987 von der <i>EuroQol Group</i>, als Selbstberichtsinstrument der Patientinnen und Patienten entwickelt. Fünf Dimensionen beschreiben den Gesundheitszustand. Wird verwendet bei Therapie aktiv (Diabetes-DMP)</p> <p>WHOQOL-BREF: 26 Items, die Allgemeine Lebensqualität Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen und Umwelt messen. In mehr als 30 Sprachen, weltweite Vergleichbarkeit von Lebensqualitätsdaten; In Anwendung seit 2000. (verwendet im ATHIS 2006/2007)</p>
Datenquellen	<p>ATHIS2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/14):</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Hatten Sie jemals Diabetes?" JA/NEIN • WHOQOL-BREF Skalen

	Therapie aktiv: Patientenbefragung in 2-3 Jahresabständen, nur Versicherte der StGKK, verwendet wird EQ-5D
Aktualität und Periodizität	Siehe ATHIS oder Therapie aktiv
Berechnungsmethode	Je nach verwendetem Messinstrument
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	
Anmerkungen	Herausforderung: Grundgesamtheit der Diabetikerinnen und Diabetiker. Es wird eine repräsentative Stichprobe der Diabetikerinnen und Diabetiker benötigt, um eine valide Aussage über die Lebensqualität der Diabetikerinnen und Diabetiker in Österreich treffen zu können. Es gibt derzeit kein entsprechendes bundesweites Register. Ergebnisse aus ATHIS oder Therapie-aktiv sind nicht per se repräsentativ für das Kollektiv der Diabetikerinnen und Diabetiker.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Diabetikerinnen und Diabetiker in strukturierter Betreuung
Langform der Bezeichnung	Anteil der Diabetikerinnen und Diabetiker (Prävalenz), der sich in strukturierter Betreuung „Therapie aktiv“ befindet.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der an Therapie aktiv teilnehmenden Diabetes-Patientinnen und -Patienten im Verhältnis zur Diabetesprävalenz.. Zielwert: Hohe Kennzahl
Datenquellen	http://diabetes.therapie-aktiv.at/
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	Bundesland
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	Umsetzungsstand in Österreich Das Programm "Therapie Aktiv - Diabetes im Griff" wird in den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien angeboten. In den Bundesländern Burgenland, Kärnten und Tirol wird das Programm "Therapie Aktiv - Diabetes im Griff" (derzeit) nicht angeboten.

Bundesland	Aktuell teilnehmende	Aktuell teilnehmende	*
	Ärzte	Patienten	
Niederösterreich	121	6.132	10,6%
Oberösterreich	329	9.660	23,9%
Salzburg	102	2.052	15,6%
Steiermark	252	8.308	23,8%
Vorarlberg	74	1.300	14,9%
Wien	172	10.667	18,2%
Summe	1.050	38.119	17,8%

* Anteil der teilnehmenden Patienten im Verhältnis zur Diabetesprävalenz der teilnehmenden Bundesländer

Stand: 03.02.2014

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Gesundheitswirksame Bewegung bei Diabetes
Langform der Bezeichnung	Anteil Patientinnen und Patienten mit Diabetes, der sich gesundheitswirksam bewegt.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsdeterminante, Sekundärprävention
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil der Diabetes Patientinnen und Patienten (selbst-berichtet), der sich gesundheitswirksam bewegt. Gesundheitswirksame Bewegung: „Als körperlich „aktiv“ eingestuft werden Personen, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen.“ (Statistik Austria)
Datenquellen	(ATHIS): "Hatten Sie jemals Diabetes?" ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07+ Frage D5.8: „Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen? z.B.: durch schnelles Laufen, Radfahren, Aerobics usw.?" JA/NEIN D5.9 An wie vielen Tagen pro Woche im Durchschnitt? <i>An Tag(en) pro Woche (von 1 bis 7 Tagen)</i> Optional oder ergänzend: Frage D5.7: „Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihre körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres?“ <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche</i> • <i>Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4</i>

	<p><i>Stunden pro Woche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche</i> • <i>Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche</i> • <i>Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche</i> • <i>Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten</i> • <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2013/2014</p> <p>Frage PE6: <i>An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?</i></p> <p>Antwort: <i>Anzahl der Tage</i></p> <p>Frage PE7: <i>Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?</i>Antwort: <i>Stunden ...Minuten/Woche</i></p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	<p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p>
Anmerkungen	<p>Die ATHIS 2006/07 lässt nur geringfügig Schlüsse auf gesundheitswirksame Bewegung zu. Die Daten und Definitionen müssten alters-standardisiert werden, da Bewegungs-Empfehlungen mit dem Alter variieren. Zumindest müssten die Auswertungen nach Altersgruppen getrennt erfolgen.</p> <p>„Regelmäßige Bewegung hilft, gesund zu bleiben. Für die meisten Menschen ist gegenwärtig jedoch eine überwiegend sitzende Lebensweise typisch. Der damit verbundene Bewegungsmangel erhöht das Risiko von chronischer Erkrankungen wie Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus (Typ II), koronare Herzkrankheit, Osteoporose und Depression sowie bestimmter Krebsarten.“</p> <p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index12</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Gesunde Ernährung bei Diabetes
Langform der Bezeichnung	Anteil Patientinnen und Patienten mit Diabetes, der sich gesund ernährt.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsdeterminante, Sekundärprä-

	vention
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes (selbst-berichtet), der sich gesund ernährt.
Datenquellen	<p>(ATHIS): "Hatten Sie jemals Diabetes?"</p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 + Frage D7.1: „Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?“ <i>Mischkost mit viel Obst und Gemüse</i> <i>Mischkost mit viel Fleisch</i> <i>Mischkost mit wenig Fleisch</i> <i>Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern</i> <i>Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern</i> <i>Vegetarisch und keine tierischen Produkte</i></p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2013/2014: Fragen FV1/FV3: „Wie oft essen Sie Obst? / Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat?“</p> <p>Antwort: „Täglich oder mehrmals pro Woche / 4 bis 6 mal pro Woche / 1 bis 3 mal pro Woche / weniger als einmal pro Woche / nie“ Fragen FV2/FV4: „Wie viele Portionen Obst essen Sie pro Tag? / Wie viele Portionen Gemüse oder Salat essen Sie pro Tag?“</p> <p>Antwort: „Anzahl der Portionen“</p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	<p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p>
Anmerkungen	<p>Die ATHIS lässt nur geringfügig Schlüsse auf „gesunde“ Ernährung zu. Keine Angaben zu Nährstoffdichte, Diabets-relevante Ernährungsempfehlungen etc.</p> <p>Das Ernährungsverhalten beeinflusst entscheidend die Gesundheit der Menschen sowie das Entstehen und den Verlauf bestimmter Erkrankungen. Die sogenannten Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht, Diabetes (Typ II) oder Bluthochdruck stehen in direktem Zusammenhang zu den Ernährungsgewohnheiten. (http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index12)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Diabetes
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Diabetes (ICD10: E10-14) je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose Diabetes (ICD10: E10-14) bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: <ul style="list-style-type: none"> - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondkrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. <p>WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen/Patienten werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondkrankenanstalt. <p>Datenquelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Diabetes mit Nierenkomplikation
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Diabetes mit Nierenkomplikation (ICD10: E10-14 jeweils .20 und .21)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 2: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen

Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose Diabetes mit Nierenkomplikation (ICD10: E10-14 jeweils .20 und .21) bezogen auf die Grundgesamtheit der Diabetikerinnen und Diabetiker (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten FOKO
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondkrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich. - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen und Patienten werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondkrankenanstalt. Datenquelle: - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	Alternativ: Medizinische Einzelleistung Dialyse bei Haupt/Nebendiagnose Diabetes Falls BIG-Daten bei ICD nicht in nötiger Tiefe verfügbar. <i>Diabetes-Komplikationen zu betrachten macht wenig Sinn bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner, sondern nur im Bezug zur Grundgesamtheit der DiabetikerInnen. Näherungsweise werden aus den Abrechnungsdaten die medikamentös behandelten Diabetikerinnen und Diabetikern herausgefiltert. Von diesen werden die KH-Aufenthalte mit entsprechenden Diagnosen ausgewertet</i> <i>Es wird empfohlen, die ICD10-Unterdagnosen des Diabetes .6(sonstige näher bezeichnete Diagnosen), .7(mit multiplen Komplikationen) und .8 (mit nicht näher bezeichneten Komplikationen) auch zu betrachten.</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Diabetischer Fuß
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose diabetischer Fuß (ICD10: E10-E14 jeweils .74 und .75)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator

	Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose diabetischer Fuß (ICD10: E10-E14 jeweils .74 und .75) bezogen auf die Grundgesamtheit der Diabetikerinnen und Diabetiker (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: <ul style="list-style-type: none"> - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondkrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. <p>WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen PatientInnen werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von PatientInnen und nicht auf den Standort der Fondkrankenanstalt. <p>Datenquelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	Alternativ: Medizinische Einzelleistung Amputation Vorfuß / Mittelfuß bei Diabetes Falls in BIG derartige Tiefe der ICD-Codierung möglich ist. <i>Diabetes-Komplikationen zu betrachten macht wenig Sinn bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner, sondern nur im Bezug zur Grundgesamtheit der Diabetikerinnen und Diabetiker. Näherungsweise werden aus den Abrechnungsdaten die medikamentös behandelten Diabetikerinnen und Diabetiker herausgefiltert. Von diesen werden die KH-Aufenthalte mit entsprechenden Diagnosen ausgewertet</i> <i>Es wird empfohlen, die ICD10-Unterd Diagnosen des Diabetes .6(sonstige näher bezeichnete Diagnosen), .7(mit multiplen Komplikationen) und .8 (mit nicht näher bezeichneten Komplikationen) auch zu betrachten.</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Diabetische Retinopathie
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose diabetische Retinopathie (ICD10: H36.0 bzw. E10-E14 jeweils .3)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen

	Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose diabetische Retinopathie (ICD10: H36.0 bzw. E10-E14 jeweils .3) bezogen auf die Grundgesamtheit der Diabetikerinnen und Diabetiker (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten FOKO
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondkrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich. - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen und Patienten werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondkrankenanstalt. Datenquelle: - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	<i>Diabetes-Komplikationen zu betrachten macht wenig Sinn bezogen auf 1.000 EinwohnerInnen, sondern nur im Bezug zur Grundgesamtheit der Diabetikerinnen und Diabetiker. Näherungsweise werden aus den Abrechnungsdaten die medikamentös behandelten DiabetikerInnen herausgefiltert. Von diesen werden die KH-Aufenthalte mit entsprechenden Diagnosen ausgewertet</i> <i>Es wird empfohlen, die ICD10-Unterdiagnosen des Diabetes .6(sonstige näher bezeichnete Diagnosen), .7(mit multiplen Komplikationen) und .8 (mit nicht näher bezeichneten Komplikationen) auch zu betrachten.</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Diabetische Neuropathie
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose diabetische Neuropathie (ICD10: G63.2 bzw. E10-E14 jeweils .41 und .42)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 2: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen

Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose diabetische Neuropathie (ICD10: G63.2 bzw. E10-E14 jeweils .41 und .42) bezogen auf die Grundgesamtheit der Diabetikerinnen und Diabetiker (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten FOKO
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondkrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich. - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen und Patienten werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondkrankenanstalt. Datenquelle: - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	<i>Diabetes-Komplikationen zu betrachten macht wenig Sinn bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner, sondern nur im Bezug zur Grundgesamtheit der DiabetikerInnen. Näherungsweise werden aus den Abrechnungsdaten die medikamentös behandelten DiabetikerInnen herausgefiltert. Von diesen werden die KH-Aufenthalte mit entsprechenden Diagnosen ausgewertet</i> <i>Es wird empfohlen, die ICD10-Unterdagnosen des Diabetes .6(sonstige näher bezeichnete Diagnosen), .7(mit multiplen Komplikationen) und .8 (mit nicht näher bezeichneten Komplikationen) auch zu betrachten.</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Sterblichkeit bei Diabetes an Folgen von Herz-Kreislauf Erkrankungen
Langform der Bezeichnung	Sterberate von chronischen Diabetes-PatientInnen an cardio-vaskulären Erkrankungen vor 75.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung: Neuer Indikator; derzeit noch nicht berechenbar.
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Diabetikerinnen und Diabetiker pro Jahr, die vor 75 an Folgen von Herz-Kreislauf Erkrankungen sterben. Zielwert: Niedrige Kennzahl

bung)	
Datenquellen	Todesursachenstatistik (Statistik Austria) Diagnosen (intramural, extramural) Heilmittelabrechnungen (SV) Registerdaten
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	Aus dem Kollektiv der Diabetikerinnen und Diabetiker wird der Anteil derer berechnet, die im Vorjahr im Alter unter 75 an den Folgen von Herz-Kreislauf Erkrankungen verstorben sind. Zähler: Anzahl der an Herz-Kreislauf Erkrankungen verstorbenen Diabetikerinnen und Diabetiker vor 75 im Kalenderjahr. Nenner: Anzahl der Diabetiker/innen unter 75 zu Jahresbeginn.
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Neu
Referenzen	
Anmerkungen	Internationalen Studien zufolge stirbt die Mehrzahl der Diabetikerinnen und Diabetiker an Folgen von Herz-Kreislauf Erkrankungen. DiabetikerInnen haben ein erhöhtes Risiko einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden. Bei erfolgreicher Kontrolle des Blutzuckerspiegels (Lebensstilveränderung und medikamentöse Therapie) lassen sich die meisten Folgeerkrankungen verhindern bzw. hinauszögern. Dieser Indikator verlangt entweder ein Diabetesregister inklusive der jeweiligen offiziellen Todesursachen. Oder Diagnosedaten aus dem niedergelassenen Bereich inklusive (pseudonymisierter) Verknüpfung der Todesursachenstatistik mit den Krankheitsgeschichten der Verstorbenen.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Lebensqualität mit Herz-Kreislauf Erkrankungen
Langform der Bezeichnung	Indikator für subjektive Lebensqualität der Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf Erkrankungen.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Subjektive Lebensqualität bei Herz-Kreislauf Erkrankungen ist ein zentraler Ergebnisindikator für gutes Leben mit chronischen Erkrankungen. Lebensqualität ist nach allgemeiner wissenschaftlicher Auffassung ein multidimensionales Konstrukt, das nicht direkt erfasst, sondern nur in seinen Teilbereichen über Indikatoren abgebildet werden kann. Die WHO sieht Lebensqualität als übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung. Zur Messung der Lebensqualität (Konstrukt) stehen mehrere international standardisierte Messmethoden zur Verfügung. Je nach Zielgruppe, Erhebungsverfahren etc. haben die unterschiedlichen Fragebögen jeweils Vor- und Nachteile (Detailtiefe, Länge, Themenbereiche). <u>Exemplarisch</u> seien genannt: SF-36:

	<p>krankheitsunspezifisches Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; wurde von der RAND Corporation im Rahmen der so genannten Medical Outcomes Study (MOS) entwickelt.</p> <p>EQ-5D: Gesundheitsfragebogen, der die Lebensqualität von 5 (sehr gut) bis 15 (extrem niedrig) ausdrückt. wurde 1987 von der <i>EuroQol Group</i>, als Selbstberichtsinstrument der Patientinnen und Patienten entwickelt. Fünf Dimensionen beschreiben den Gesundheitszustand. Wird verwendet bei Therapie aktiv (Diabetes-DMP)</p> <p>WHOQOL-BREF: 26 Items, die Allgemeine Lebensqualität Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen und Umwelt messen. In mehr als 30 Sprachen, weltweite Vergleichbarkeit von Lebensqualitätsdaten; In Anwendung seit 2000. (verwendet im ATHIS 2006/2007)</p>
Datenquellen	<p>(ATHIS): "Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich) Gesundheitsbefragung 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/14):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bluthochdruck • Herzinfarkt • Schlaganfall / Gehirnblutung <p>+ WHOQOL-BREF Skalen</p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	
Anmerkungen	<p>Herausforderung: Grundgesamtheit der Herz-Kreislauf Kranken. Es wird eine repräsentative Stichprobe benötigt, um eine valide Aussage über die Lebensqualität der Patientengruppe in Österreich treffen zu können. Ergebnisse aus ATHIS oder Therapie-aktiv sind nicht per se repräsentativ für das Kollektiv. Es gibt kein geeignetes Patientenregister und aus den Abrechnungsdaten der Krankenanstalten und dem extramuralen Bereich lassen sich chronische Herz-Kreislauf Patientinnen und Patienten nur näherungsweise bestimmen. Diagnosekodierung im niedergelassenen Bereich könnte theoretisch Abhilfe schaffen.</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Gesunde Ernährung bei Herz-Kreislauf Erkrankungen
Langform der Bezeichnung	Anteil Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der sich gesund ernährt.
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsdeterminante, Sekundärprävention</p>

Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der sich gesund ernährt.
Datenquellen	(ATHIS): "Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich) <ul style="list-style-type: none"> • Bluthochdruck • Herzinfarkt • Schlaganfall / Gehirnblutung <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 + Frage D7.1: „Wie würden Sie Ihre Essgewohnheiten beschreiben?“ <i>Mischkost mit viel Obst und Gemüse</i> <i>Mischkost mit viel Fleisch</i> <i>Mischkost mit wenig Fleisch</i> <i>Vegetarisch, aber mit Milchprodukten und/oder Eiern</i> <i>Vegetarisch, aber mit Fisch und/oder Milchprodukten und/oder Eiern</i> <i>Vegetarisch und keine tierischen Produkte</i></p> <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2013/2014: Fragen FV1/FV3: „Wie oft essen Sie Obst? Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat?“ Antwort: „Täglich oder mehrmals pro Woche / 4 bis 6 mal pro Woche / 1 bis 3 mal pro Woche / weniger als einmal pro Woche / nie“ Fragen FV2/FV4: „Wie viele Portionen Obst essen Sie pro Tag? / Wieviele Portionen Gemüse oder Salat essen Sie pro Tag?“ Antwort: „Anzahl der Portionen“</p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)
Anmerkungen	Das Ernährungsverhalten beeinflusst entscheidend die Gesundheit der Menschen sowie das Entstehen und den Verlauf bestimmter Erkrankungen. Die sogenannten Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht, Diabetes (Typ II) oder Bluthochdruck stehen in direktem Zusammenhang zu den Ernährungsgewohnheiten. http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index12

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Gesundheitswirksame Bewegung bei Herz-Kreislauf Erkrankungen
Langform der Bezeichnung	Anteil Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf Erkrankungen, der sich gesundheitswirksam bewegt.

Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsdeterminante, Sekundärprävention</p>
<p>Definition des Indikators</p> <p>(textliche Beschreibung)</p>	<p>Der Indikator misst den Anteil der Herz-Kreislauf Patientinnen und Patienten (selbst-berichtet), der sich gesundheitswirksam bewegt.</p> <p>Gesundheitswirksame Bewegung: „Als körperlich „aktiv“ eingestuft werden Personen, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen.“ (Statistik Austria)</p>
Datenquellen	<p>(ATHIS):</p> <p>"Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bluthochdruck • Herzinfarkt • Schlaganfall / Gehirnblutung <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07+ Frage D5.8: „Kommen Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen? z.B.: durch schnelles Laufen, Radfahren, Aerobics usw.?“ JA/NEIN D5.9 An wie vielen Tagen pro Woche im Durchschnitt? <i>An Tag(en) pro Woche (von 1 bis 7 Tagen)</i></p> <p>Optional oder ergänzend: Frage D5.7: „Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihre körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres?“</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche</i> • <i>Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche</i> • <i>Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche</i> • <i>Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche</i> • <i>Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche</i> • <i>Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten</i> • <p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2013/2014 Frage PE6: <i>An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?</i> Antwort: <i>Anzahl der Tage</i> Frage PE7: <i>Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?</i> Antwort: <i>.... Stunden ...Minuten/Woche</i></p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbef

	<p>ragung/index.html</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p>
Anmerkungen	<p>Die ATHIS lässt nur geringfügig Schlüsse auf gesundheitswirksame Bewegung zu. Die Daten und Definitionen müssten alters-standardisiert werden, da Bewegungs-Empfehlungen mit dem Alter variieren. Zumindest müssten die Auswertungen nach Altersgruppen getrennt erfolgen.</p> <p>„Regelmäßige Bewegung hilft, gesund zu bleiben. Für die meisten Menschen ist gegenwärtig jedoch eine überwiegend sitzende Lebensweise typisch. Der damit verbundene Bewegungsmangel erhöht das Risiko von chronischer Erkrankungen wie Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus (Typ II), koronare Herzkrankheit, Osteoporose und Depression sowie bestimmter Krebsarten.“</p> <p>(http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index12)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Tabakkonsum bei Herz-Kreislauf Erkrankungen
Langform der Bezeichnung	Anteil Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die täglich rauchen
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsdeterminante, Sekundärprävention</p>
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	<p>(ATHIS): "Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bluthochdruck • Herzinfarkt • Schlaganfall / Gehirnblutung <p>Davon der Anteil der täglich Rauchenden (ATHIS Frage D2.4) 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/14)</p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	<p>http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom</p>

	11.03.2014)
Anmerkungen	<p>Bei langjährigen Raucherinnen und Rauchern ist das Rauchen für 50% der Todesfälle verantwortlich, und etwa die Hälfte davon ist auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen. Ein Rauchstopp führt zur Risikominderung hinsichtlich koronarer und anderer kardiovaskulärer Ereignisse um bis zu 50% sowie zu einer Reduktion der Sterblichkeit⁹¹. Das Risiko von Raucherinnen und Rauchern mit manifester KHK entspricht zwei bis drei Jahre nach Rauchstopp dem einer koronarkranken Nichtraucherin bzw. eines Nichtrauchers, während es bei asymptomatischen Personen bis zu 10 Jahre dauert, bis sich die Risiken gleichen.</p> <p>(http://www.arzneiundvernunft.info/LL/Leitlinie_Koronare_Herzerkrankung_2009.pdf)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Reduktion des Herz-Kreislauf-Risikos
Langform der Bezeichnung	Reduktion des Herz-Kreislauf-Risikos (10-Jahres Risiko an einem vaskulären Ereignis zu versterben auf Basis der TC/HDL Ratio) bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herz-Kreislauf-Erkrankung
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung:</p>
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Anteil der Patientinnen und Patienten mit chronischer Herz-Kreislauf-Erkrankung, die im Beobachtungszeitraum (1 Jahr) eine Reduktion des Risikos laut SCORE erreicht haben</p> <p>Zielwert: Hoher Anteil</p>
Datenquellen	Neu; Information aus dem niedergelassenen Bereich
Aktualität und Periodizität	Neu
Berechnungsmethode	<p>Prozentanteil</p> <p>Zähler: Anzahl der chronischen Herz-Kreislauf-Patientinnen und Patienten mit einer Reduktion des Risikos laut SCORE im letzten Jahr</p> <p>Nenner: Anzahl der chronischen Herz-Kreislauf-Patientinnen und Patienten</p>
Stratifizierbarkeit	NEU; Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	<p>Das SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) System schätzt das 10-Jahresrisiko von Personen an einem Gefäßereignis (Herzinfarkt, Schlaganfall, Aortenaneurysma und anderen auf ICD [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems] Basis) zu versterben.¹⁹ Die Gesamtereignisrate (tödlicher und nicht tödlicher Ereignisse) ist in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter ungefähr 2-3 mal höher. SCORE hat in Europa zwei Kategorien für unterschiedliche Regionen entwickelt. Für Österreich gilt dabei das System für Hochrisikoländer.</p>

	<p>Die dabei berücksichtigten Faktoren sind: Geschlecht, Alter, Rauchen, Blutdruck sowie die Cholesterin/HDL-Ratio. Wenn Blutdruck oder Lipidwerte ohne spezifische Behandlung nicht verfügbar sind und Werte unter Therapie herangezogen werden, sollte davon ausgegangen werden, dass das Risiko höher ist als von SCORE geschätzt. http://www.arzneiundvernunft.info/LL/Leitlinie_Koronare_Herzkrankung_2009.pdf</p>
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Medikation bei chronischer KHK und nach Myokardinfarkt
Langform der Bezeichnung	Anteil der Patientinnen und Patienten mit stabiler koronarer Herzkrankheit (ICD10: I10-I11, I20, I25, I50) und nach Myokardinfarkt (I21-I24), die medikamentöse Therapie laut Leitlinie erhalten (Acetylsalicylsäure, Betablocker, ACE-Hemmer und Statine)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationärem KH-Aufenthalt wegen Myokardinfarkt, Angina pectoris, Hypertonie, chronischer koronarer Herzkrankheit und/oder Herzinsuffizienz, die nach Entlassung medikamentöse Therapie laut Leitlinie erhalten (Acetylsalicylsäure, Betablocker, ACE-Hemmer und Statine) Zielwert: Hoher Anteil
Datenquellen	FOKO (§2-Kassen? Leichte Einschränkungen)
Aktualität und Periodizität	Periodizität: Quartalsweise mit ganzjähriger Kontrolle Aktualität: Qu3_2013
Berechnungsmethode	Prozentanteil Zähler: Anzahl der stationären Patientinnen und Patienten aufgrund Herzinfarkt und chronischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen pro Jahr, die im Folgejahr entsprechende Medikamente erhalten haben. Nenner: Anzahl der stationären Patientinnen und Patienten aufgrund Herzinfarkt und chronischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen pro Jahr, die im Folgejahr nicht verstorben sind.
Stratifizierbarkeit	NEU; Alter, Geschlecht, Bundesland (SV-Träger)
Verwendung	NEU
Referenzen	
Anmerkungen	Blinder Fleck: Personen mit chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die nicht stationär behandelt wurden. Aus dem niedergelassenen Bereich liegen keine Diagnosedaten vor. Eher Prozess- als Outcome-Parameter. Indikator für Prozess- oder Behandlungsqualität: Einhaltung von Leitlinien. Herausforderungen: Medikamente mit Kosten unterhalb der Rezeptgebühr scheinen in den KV-Kosten (FOKO) nicht auf, außer bei Versicherten mit Rezeptgebührenbefreiung.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Hypertonie
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Hypertonie (ICD10: I10-I11) je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose Hypertonie (chronische Herz-Kreislaufkrankung) bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: <ul style="list-style-type: none"> - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondkrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich. <ul style="list-style-type: none"> - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen und Patienten werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondkrankenanstalt. Datenquelle: <ul style="list-style-type: none"> - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Herzinsuffizienz (chronisch)
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (ICD10: I50) je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:

Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (chronische Herz-Kreislaufkrankung) bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondkrankenanstalten. - Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden. - Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen. WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich. - Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen und Patienten werden nicht berücksichtigt. - Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondkrankenanstalt. Datenquelle: - MBDS-Daten des BMG - Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	KH Aufenthalte Koronare Herzkrankheit (chronisch)
Langform der Bezeichnung	Anzahl der stationären KH-Aufenthalte mit Hauptdiagnose Koronare Herzkrankheit (ICD10: I25) je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anzahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit Hauptdiagnose Koronare Herzkrankheit (chronische Herz-Kreislaufkrankung) bezogen auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Alters- und Geschlechtsstandardisiert). Zielwert: Niedrige Anzahl
Datenquellen	BIG: Krankenanstalten
Aktualität und Periodizität	BIG (jährlich), derzeit Stand 2012
Berechnungsmethode	Ziele und Informationsgehalt: - Das Modul DeltaInsight dient der Analyse des Leistungsgeschehens der österreichischen Fondkrankenanstalten.

	<p>- Regionale Auffälligkeiten können prozessorientiert dargestellt und untersucht werden.</p> <p>- Im Mittelpunkt stehen Hauptdiagnosen, Medizinische Einzelleistungen, sowie das Aggregat aus Haupt- und Zusatzdiagnosen.</p> <p>WICHTIG: - Die Analysen in DeltaInsight beziehen sich nur auf Patientinnen und Patienten mit Wohnort Österreich.</p> <p>- Aufenthalte/Leistungen von/an ausländischen Patientinnen und Patienten werden nicht berücksichtigt.</p> <p>- Der Begriff Region bezieht sich in DeltaInsight immer auf den Wohnort von Patientinnen und Patienten und nicht auf den Standort der Fondkrankenanstalt.</p> <p>Datenquelle:</p> <p>- MBDS-Daten des BMG</p> <p>- Bevölkerungsdaten der Statistik Austria</p>
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland, Bezirk, Versorgungsregion, Cluster
Verwendung	BIG
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Lebensqualität mit Depression
Langform der Bezeichnung	Indikator für subjektive Lebensqualität der Patientinnen und Patienten mit Depression
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung:</p>
<p>Definition des Indikators</p> <p>(textliche Beschreibung)</p>	<p>Subjektive Lebensqualität ist ein Ergebnisindikator aus PatientInnen-Perspektive für gutes Leben mit chronischen psychischen Erkrankungen.</p> <p>Lebensqualität ist nach allgemeiner wissenschaftlicher Auffassung ein multidimensionales Konstrukt, das nicht direkt erfasst, sondern nur in seinen Teilbereichen über Indikatoren abgebildet werden kann. Die WHO sieht Lebensqualität als übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung.</p> <p>Zur Messung der Lebensqualität (Konstrukt) stehen mehrere international standardisierte Messmethoden zur Verfügung. Je nach Zielgruppe, Erhebungsverfahren etc. haben die unterschiedlichen Fragebögen jeweils Vor- und Nachteile (Detailtiefe, Länge, Themenbereiche). Kritische Anmerkungen – siehe Anmerkungen!</p> <p><u>Exemplarisch</u> seien genannt:</p> <p>SF-36: krankheitsunspezifisches Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; wurde von der RAND Corporation im Rahmen der so genannten Medical Outcomes Study (MOS) entwickelt.</p> <p>EQ-5D: Gesundheitsfragebogen, der die Lebensqualität von 5 (sehr gut) bis 15 (extrem niedrig) ausdrückt. wurde 1987 von der <i>EuroQol Group</i>, als Selbstberichtsinstrument der Patientinnen und Patienten entwickelt. Fünf Dimensionen beschreiben den Gesundheitszustand. Wird verwendet bei Therapie aktiv (Diabetes-DMP)</p>

	<p>WHOQOL-BREF: 26 Items, die Allgemeine Lebensqualität Physisches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden, Soziale Beziehungen und Umwelt messen. In mehr als 30 Sprachen, weltweite Vergleichbarkeit von Lebensqualitätsdaten; In Anwendung seit 2000.</p> <p>Psychische Erkrankungen ICD10:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (Demenz etc) • Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Tabak, illeg. Drogen) • Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen • Affektive Störungen (Manie, Depression, Bipolare Störung) • Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Ängste, Phobien, PTBS etc) • Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Essstörungen, Medikamentenmissbrauch, sexuelle Funktionsstörungen, psychische Folgen anderer Krankheiten) • Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Paranoia, Spielsucht, Kleptomanie etc) • Intelligenzminderung • Entwicklungsstörungen (Sprache, Lesen, Schreiben, Rechnen, Motorik etc) • Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ADHS, Sozialverhalten, Bindungsstörung etc) <p>Alle F-Diagnosen über einen Kamm zu scheren, macht keinen Sinn. Für Detailindikator zur Lebensqualität von Personen mit chronischen psychischen Erkrankungen wird eine Unterteilung nach Diagnosegruppen empfohlen. Die in Grau gehaltenen Gruppen sind nicht dafür empfohlen (organische Ursachen und Diagnosen für Kinder, da für Kinder nur Proxy-Erhebungen möglich sind, mittels z.B. SDQ).</p> <p>Es handelt sich also um 6 Einzelscores, Lebensqualität je Diagnosegruppe.</p>
Datenquellen	<p>ATHIS 2006/07 (Fragestellung 2013/2014 – hier wird nur nach Depression gefragt): S4.1r Hatten Sie jemals chronische Angstzustände oder Depression?</p> <p>+ WHOQOL-BREF Skalen</p> <p>Fragt nur nach Lifetime-Prävalenz...!! Erhebt nur 2 Symptome/Krankheiten.</p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	
Anmerkungen	<p><i>„Die Anwendung des Begriffs "Lebensqualität" als Indikator zur Bewertung einer psychiatrischen Therapie ist bereits etabliert. Es existiert keine einheitliche Definition von Lebensqualität. Die verschiedenen Verfahren und Konstrukte werden genutzt, um subjektive Lebensqualität zu bestimmen. Wenn gleich die Anwendung von Skalen zur Lebensqualität bereits zur Auflage für die Zulassung von Neuroleptika gemacht wurde, weist jetzt ein Themenheft der Zeitschrift "Psychiatrische Praxis" (Georg Thieme Verlag, Stuttgart) eine unkritische Anwendung der Lebensqualität als Indikator für die Effektivität einer psychiatrischen Therapie nach. Viele Befunde sprechen dafür, dass nicht a priori erwartet werden kann, die subjektive Lebensqualität psychiatri-</i></p>

	<p><i>scher Patienten würde sich durch Verbesserung der äußeren Lebensbedingungen langfristig verbessern.</i></p> <p><i>Die subjektive Lebensqualität psychiatrischer Patienten ist als Folge resignativer Anpassung ähnlich hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Sehr wahrscheinlich bildet das Konstrukt subjektiver Lebensqualität zum Teil Anpassungsprozesse ab und es ist daher möglich, dass nach ausreichender Zeit nur noch Anpassung erfasst wird. Deshalb sollten Patienten besondere Beachtung finden, die trotz langer Anpassungszeiträume niedrige subjektive Lebensqualität aufweisen oder unzufrieden sind, weil dies auf eine Fehlversorgung hinweist. Bei einer dauerhaft wirksamen Intervention kann sich die subjektive Lebensqualität verschlechtert zeigen, weil sich aufgrund des Erlebens besserer Umweltbedingungen bei den Patienten eine Steigerung des Anspruchsniveaus einstellen kann.</i></p> <p><i>Daraus ergibt sich: Lebensqualität ist nicht hinreichend präzise definierbar und für ihre Operationalisierung existieren keine verbindlichen Kriterien. Trotz dieser Kritik sollte eine stärkere Berücksichtigung der Patientenperspektive weiter gestützt und ausgebaut werden. Die Einhaltung gewisser Mindeststandards wäre erforderlich.</i></p> <p>Möglichkeiten und Grenzen subjektiver Lebensqualität schizophrener Patientinnen und Patienten als Outcomekriterium psychiatrischer Therapie. Psychiat Prax 2006; 33; Nr. 7; S. 317.“</p> <p>http://www.dr-mueck.de/Wissenschaftsinfos/Lebensqualitaet-Messung.htm</p>
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Stationäre Wiederaufnahmerate Psychiatrie
Langform der Bezeichnung	Stationäre Wiederaufnahmerate Psychiatrie innerhalb 90 Tage
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen Detail-Indikator Anmerkung: Neuer Indikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationärem Aufenthalt in einer Psychiatrie, die innerhalb von 3 Monaten (90 Tage) nach KH-Entlassung mit derselben Diagnose wieder stationär aufgenommen werden. Zielwert: Niedrige Kennzahl
Datenquellen	LKF, FOKO, BIG ?
Aktualität und Periodizität	Quartalsweise Aktualisierung. Zum Vergleich werden Jahreswerte betrachtet.
Berechnungsmethode	Quotient Nenner: Summe der Patientinnen und Patienten mit stationärer Entlassung aus einer psychiatrischen Krankenhausabteilung im Quartal. Zähler: Summe der Patientinnen und Patienten mit stationärer Entlassung

	aus einer psychiatrischen Krankenhausabteilung im Quartal mit stationärer Wiederaufnahme in eine psychiatrische Krankenhausabteilung aufgrund derselben Diagnose innerhalb von 90 Tagen.
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Neu
Referenzen	
Anmerkungen	<p>Schlechte Therapietreue und Arzneimittelnebenwirkungen zählen zu den häufigsten Ursachen für eine ungeplante Wiederaufnahme ins Krankenhaus. (https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Spitalsaufenthalt_und_Medikamente_HK.html)</p> <p>Weitere Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterversorgung ambulant • Erneuter Krankheitsschub (rezidiv) • ...

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Zahngesundheitsstatus Kinder
Langform der Bezeichnung	Anteil der 6-Jährigen Kinder ohne Karies.
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung:</p>
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Kariesfrei ist, wer einen dmft-Index von 0 hat. dmft ist die Summe der kariösen (decayed), wegen Karies gezogenen (missing) und gefüllten (filled) Zähne (teeth) im Milchgebiss.</p> <p>Als kariesfrei gelten alle Kinder mit dmft = 0.</p> <p>Zielwert: Hohe Kennzahl, Das WHO-Ziel für 2020 lautet mind. 80% der 6-Jährigen sollten kariesfrei sein. 2000 lag der Zielwert bei 50%.</p>
Datenquellen	Koordinationsstelle Zahnstatus an der Gesundheit Österreich (GÖG/ÖBIG)
Aktualität und Periodizität	<p>Fünf-Jahres-Rhythmus. Zuletzt 2011</p> <ul style="list-style-type: none"> → Zahnstatus 2001: Sechsjährige Kinder → Zahnstatus 2002: Zwölfjährige in Österreich → Zahnstatus 2003: Achtzehnjährige → Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2005 → Zahnstatus 2006: Sechsjährige Kinder mit und ohne Migrationshintergrund → Zahnstatus 2007: Zwölfjährige mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich → Zahnstatus 2008: Mundgesundheit bei Achtzehnjährigen → Mundgesundheit und Lebensqualität in Österreich 2010 → Zahnstatus 2011: Sechsjährige mit und ohne Migrationshintergrund in Österreich
Berechnungsmethode	<p>Quotient:</p> <p>Zähler: Anzahl der Kinder mit dmft=0 im repräsentativen Sample der 6-Jährigen.</p> <p>Nenner: Anzahl der untersuchten Kinder im repräsentativen Sample der 6-Jährigen.</p>

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 2: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen

Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland, (Migrationshintergrund, Elternbildung)
Verwendung	OECD, WHO
Referenzen	<p>Das WHO-Ziel für 2020 lautet mind. 80% der 6-Jährigen sollten kariesfrei sein. 2000 lag der Zielwert bei 50%.</p> <p>Österreich: 1996 47 % 2001 49 % 2006 45 %</p>
Anmerkungen	<p>Die Koordinationsstelle Zahnstatus an der Gesundheit Österreich (GÖG/ÖBIG) ist vom Bund beauftragt, jährlich Untersuchungen zur Mundgesundheit der österreichischen Bevölkerung nach WHO-Methode durchzuführen. Im Fünfjahresrhythmus wird dabei der Zahnstatus in den von der WHO festgelegten Indexaltersgruppen (6-, 12-, 18-, 35- bis 44- sowie 65- bis 74-Jährige) erhoben.</p> <p>Seit dem Jahr 2001 werden die Zahnstatuserhebungen der GÖG/ÖBIG bei Sechsjährigen und Zwölfjährigen in Abstimmung mit den Ländern und in Kooperation mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie mit Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich in einer Stichprobengröße erhoben, die auch Auswertungen auf Landes- und Regionsebene zulässt. Seit dem Jahr 2006 setzen die Untersuchungen außerdem einen besonderen Schwerpunkt in die Erforschung der Zahngesundheit bei Heranwachsenden mit Migrationshintergrund. Die jeweils aktuellen Länderauswertungen bei 6- und 12-Jährigen werden laufend im Rahmen von GÖG/ÖBIG-Analyse-Workshops mit den Länder-Akteuren erörtert. Länder-Zahnstatuserhebungen leisten einen grundlegenden Beitrag zur Überprüfung der Prophylaxe-Programme in den Bundesländern. Die bundesweiten Ergebnisse (GesamtÖsterreich-Ergebnisse) werden im Auftrag des Gesundheitsressorts publiziert.</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Katarakt-OP Outcome (wird umbenannt und verschoben in Bereich 7)
Langform der Bezeichnung	Postoperatives Erreichen der Zielrefraktion innerhalb von 4 bis 6 Wochen nach Kataraktoperation (alternativ: Zufriedenheit mit dem Katarakt-OP-Ergebnis)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse / Outcomes bei geplanten Behandlungen verbessern Detail-Indikator Anmerkung: Ergebnisqualität von elektiven Eingriffen
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen die berechnete Zielrefraktion mit einer Abweichung von maximal +/- 1 dpt (QI 17a) bzw. +/- 0,5 dpt (QI 17b) zum sphärischen Äquivalent nach einer Kataraktoperation innerhalb von 4 bis 6 Wochen erreicht wird. (alternativ: Anteil der Patientinnen und Patienten, die subjektiv mit dem OP-Ergebnis zufrieden sind) Zielwert: Hoher Anteil
Datenquellen	Neuer Indikator. QM-Management der Abteilungen/Ambulanzen für Augenheilkunde Alternativ: Befragungsergebnis
Aktualität und Periodizität	Neuer Indikator (Alternative: jährliche Stichprobe)
Berechnungsmethode	Quotient Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten, die die präoperativ berechneten Zielwerte der Refraktion mit maximaler Abweichung +/- 1 dpt bzw. +/- 0,5 dpt innerhalb von 4 bis 6 Wochen postoperativ erreicht haben Nenner: Anzahl der Patientinnen und Patienten, die sich einer Kataraktoperation unterzogen haben (Alternativ: Befragungsergebnis: Anzahl der zufriedenen Patientinnen bzw. Patienten/Anzahl der Befragten)
Stratifizierbarkeit	Für den Indikator ist eine Risikoadjustierung mit folgenden Parametern vorgesehen: <ul style="list-style-type: none"> • Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion • Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung Geschlecht, Alter, Bundesland
Verwendung	Neuer Indikator. Ideen aus Deutschland
Referenzen	http://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Kataraktoperationen/Anlagen_Kataraktoperation.pdf Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Deutschland

	<p>Kataraktoperation Stand: 18. Oktober 2010</p> <p>AQUA — Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH</p>
Anmerkungen	<p>Ausschluss-Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patientinnen und Patienten < 50 Jahre <input type="checkbox"/> Patientinnen und Patienten, bei denen keine Zielrefraktion berechnet wurde. <input type="checkbox"/> Patientinnen und Patienten, deren Bulbuslänge kleiner 20 mm oder größer 27 mm ist. <p>Bei jeder Kataraktoperation wird präoperativ eine Zielrefraktion festgelegt. Trotz weit entwickelter Messsysteme (zum Beispiel Ultraschall-Biometrie) kommt es zu postoperativen Abweichungen von dieser Zielrefraktion, sodass unter Umständen eine weitere Operation mit Linsenaustausch oder eine Korrektur nötig wird. Das Erreichen der Zielrefraktion wird international als ein vor allem auch für den Patienten relevantes Ergebnis der Kataraktoperation betrachtet (AAO 2006, RCO 2007). Studien (und auch den früheren BQS-Ergebnissen) zufolge wird eine <u>maximale postoperative Abweichung von +/- 1 Dioptrie in 76 bis 82% der Fälle und +/- 0,5 Dioptrie bei 48 bis 62% der Fälle</u> erreicht. Zum Teil werden deutliche Unterschiede zwischen Leistungserbringern deutlich (BQS 2003, 2004, Lum 2000, Lundstrom 2001b, Gale 2009, Reiche 2006). Die präzise Bestimmung der Zielrefraktion umfasst insbesondere die Messung der Achsenlänge, die Brechkraft der Hornhaut und die Berechnung der adäquaten IOL (COS 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikator entstammt dem Indikatorenset der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS). • Es wurden Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen (AQUA-Institut). • Der Indikator macht eine Mehrpunktmessung erforderlich <hr/> <p>Alternativ dazu: Jährliche repräsentative PatientInnenbefragung auf Bundeslandebene zur Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis. Frage nach Komplikationen und zur Zufriedenheit mit dem Behandlungsprozess. Subjektiver Outcome.</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Leistenhernie – Outcome (wird umbenannt und verschoben in Bereich 7)
Langform der Bezeichnung	Outcome-Messung aus Patientinnen- bzw. Patientensicht für OP an Leistenhernie
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse / Outcomes bei geplanten Behandlungen verbessern</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung: Ergebnisqualität von elektiven Eingriffen</p>
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Zustandsveränderung der Lebensqualität (EQ-5D) zwischen stationärer Aufnahme vor der geplanten OP und 30 Tage nach Spitalsentlassung.</p> <p>Zielwert: Verbesserung des EQ-5D</p>

bung)	
Datenquellen	Neuer Indikator. Wird bisher nicht standardmäßig erhoben. Müsste von Krankenhasträgern im Zuge der Qualitätssicherung erhoben werden (Anamnese bei Aufnahme). 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	Geschlecht, Bundesland, Alter
Verwendung	NHS: http://www.hscic.gov.uk/proms
Referenzen	EQ-5D: http://www.euroqol.org/
Anmerkungen	<p>(http://de.wikipedia.org/wiki/EQ-5D)</p> <p>Der EQ-5D ist ein Gesundheitsfragebogen, der die Lebensqualität einer Patientin bzw. 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 Medizinerinnen und Medizinern, Psychologinnen und Psychologen, Philosophinnen und Philosophen, Ökonominen und Ökonomen, Pflegerinnen und Pflegern und Soziologinnen 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 Patientinnen und Patienten, die selber nicht mehr in der Lage sind diesen Fragebogen auszufüllen gibt es Proxy-Versionen.</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Varizen OP - Outcome (wird umbenannt und verschoben in Bereich 7)
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Gesundheitsgewinn nach OP an Varizen der unteren Extremitäten (ICD I83)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Gesundheitsgewinn (in Form der Lebensqualität) nach einer Operation aufgrund von Varizen der unteren Extremitäten. Die Lebensqualität wird bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten mittels einem standardisierten Messinstruments erhoben. Der subjektive Gesundheitsgewinn wird nach einem definierten Zeitraum anhand der Lebensqualitätsmessung mit demselben Instrument erneut gemessen.
Datenquellen	Neuer Indikator: Im Zuge der Qualitätssicherung müssten die Daten von Krankenhasträgern erhoben werden.
Aktualität und Pe-	Neuer Indikator

riodizität	
Berechnungs- methode	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, Bundesland
Verwendung	NHS
Referenzen	https://indicators.ic.nhs.uk/webview/ http://www.euroqol.org/
Anmerkungen	<p>(http://de.wikipedia.org/wiki/EQ-5D)</p> <p>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 Medizinerinnen und Medizinern, Psychologinnen und Psychologen, Philosophinnen und Philosophen, Ökonominnen und Ökonomen, Pflegerinnen und Pflegern und Soziologinnen 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 Patientinnen und Patienten, die selber nicht mehr in der Lage sind diesen Fragebogen auszufüllen gibt es Proxy-Versionen.</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Hüftprothese –Outcome (wird umbenannt und verschoben in Bereich 7)
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Outcome nach Einsatz einer Hüftprothese.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse / Outcomes bei geplanten Behandlungen verbessern Detail-Indikator Anmerkung: Ergebnisqualität von elektiven Eingriffen
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der HOOS -Fragebogen (Hip disability & Osteoarthritis Outcomes Score) misst mehrere Merkmale in Bezug auf das subjektive Hüftempfinden. Hierbei werden die Dimensionen „Symptome“, „Steifigkeit“, „Schmerzen“, „Funktion im täglichen Leben“, „Sport und Freizeit“ sowie „Lebensqualität“ abgedeckt. Gemessen würde die Veränderung des HOOS-Scores zwischen prä-operativer Erhebung (im Zug der Anamnese bei der KH-Aufnahme) und 6 Monate nach Operation. Zielwert: Hohe Differenz Score t_0 und Score t_1 .
Datenquellen	Neuer Indikator. Eventuell Aufnahme in das Hüft-Endoprothesenregister (GÖG) denkbar.

Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	Score-Differenz. HOOS-Score 6 Monate nach Einbau der Hüftprothese MINUS HOOS-Score präoperativ (KH-Aufnahme).
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland, Alter
Verwendung	Der HOOS ist ein international bekannter und standardisierter selbstauszufüllender Fragebogen.
Referenzen	z.B.: Frühe und mittelfristige klinische Ergebnisse nach Versorgung mit einer MiniHip-Kurzschaffprothese (http://www.online-oup.de/media/article/2012/05/68DF2EB8-33CB-4B34-AC21-68B5949CD56F/68DF2EB833CB4B34AC2168B5949CD56F_jerosch_1_original.pdf)
Anmerkungen	In Österreich ist ein zentrales Implantatregister der gesamten Endoprothetik nicht vorgesehen; wohl sind aber zahlreiche dezentrale Fachdatenbanken seit den 1990ern in Aufbau und Anwendung. Es war schon im <i>Medizinproduktegesetz</i> (MPG) von 1997 im § 73 geregelt, dass die Gesundheit Österreich (ÖBIG) ein Implantatregister führen darf (und insbesondere aus Datenschutzgründen wie), und seit 2007 ist im § 10 <i>Implantatregister</i> der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (Österreich) festgesetzt, dass alle österreichischen Krankenanstalten eines zu führen haben. Die österreichische Fachgesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und das ÖBIG hatten schon früher ein <i>Österreichisches Register für Hüftendoprothetik</i> gestartet. Seit Februar 2008 nahmen auf Initiative der <i>Fachgesellschaft für Unfallchirurgie</i> auch einzelne unfallchirurgische Abteilungen daran teil. Das liegt auch daran, dass der Gesundheitsminister nach § 74 angehalten ist „unter Bedachtnahme auf schwerwiegende Interessen der öffentlichen Gesundheit und im Hinblick auf die Gewinnung verbesserter Erkenntnisse über die Nutzen-/Risikobewertung bestimmter Arten oder Gruppen von Medizinprodukten“ Fachregister vorzuschreiben, wurde es Juli d. J. auch gesetzlich verankert. (http://de.wikipedia.org/wiki/Endoprothesenregister) Artikel in der Österreichischen Ärztezeitung vom 25.04.2013 zum Thema: Register für Hüftendoprothesen - Pilotphase als Dauerzustand? http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2013/oeaez-8-25042013/hueftendoprothesenregister.html

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Knieprothese –Outcome (wird umbenannt und verschoben in Bereich 7)
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Outcome nach Einsatz einer Knieprothese.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse / Outcomes bei geplanten Behandlungen verbessern Detail-Indikator Anmerkung: Ergebnisqualität von elektiven Eingriffen
Definition des Indika-	Der KOOS -Fragebogen (Knee injury & Osteoarthritis Outcomes Score) misst

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 3: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse

tors (textliche Beschreibung)	mehrere subjektive Merkmale in Bezug auf Knieprobleme. Hierbei werden Symptome sowie die Dimensionen, „Steifigkeit“, „Schmerzen“, „Funktion im täglichen Leben“, „Sport und Freizeit“ sowie „Lebensqualität“ abgefragt. www.koos.nu Gemessen würde die Veränderung des KOOS-Scores zwischen präoperativer Erhebung (im Zug der Anamnese bei der KH-Aufnahme) und 6 Monate nach Operation. Zielwert: Hohe Differenz Score t_0 und Score t_1 .
Datenquellen	Neuer Indikator.
Aktualität und Periodizität	Gedacht wird an eine quartalsweise und eine jährliche Auswertung. Knieprothesen-OP eines Quartals – mit Followup jeweils 6 Monate später. 4 Quartale eines Jahres zusammenfassen für Jahreswert.
Berechnungsmethode	Score-Differenz. KOOS-Score 6 Monate nach Einbau der Hüftprothese MINUS KOOS-Score präoperativ (KH-Aufnahme).
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland, Alter
Verwendung	Der KOOS ist ein international bekannter und standardisierter selbstauszufüllender Fragebogen.
Referenzen	Nilsson AK, Toksvig-Larsen S, Roos EM. A 5 year prospective study of patient-relevant outcomes after total knee replacement. Osteoarthritis Cartilage 2009;17 Roos EM, Lohmander LS. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes 2003;1:64.
Anmerkungen	Herausforderung: 2-malige Erhebung (prä/post) durch wen? Verknüpfung der Datensätze. Anonymität der Befragten. Wartung der Datenqualität. Kein Knieprothesenregister, an das man anknüpfen könnte. Was wird derzeit im Rahmen des QM in den österr. KH zum Thema Knieprothesen-Qualität gesammelt?

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Schlaganfall – Wiederherstellung (Rankin)
Langform der Bezeichnung	Anteil der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten, die auf der modifizierten Rankin Skala 3 Monate nach KH-Entlassung auf demselben Niveau sind wie vor dem Schlaganfall.
Zugeordneter Bereich	Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse / Wiederherstellung nach einem Schlaganfall Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikatoren	Zur Beschreibung der Einschränkung infolge eines Schlaganfalls gibt es mehrere anerkannte und verwendete Instrumente, z.B.: NIHSS (Scoresystem

(textliche Beschreibung)	<p>zur Beurteilung eines akuten Schlaganfalls (Stroke) im Rahmen der neurologischen Befunderhebung), Modifizierte Rankin Skala (standardisierte Maßzahl, die das Ausmaß der Behinderung nach einem Schlaganfall beschreibt), Barthel-Index (Assessmentinstrument zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten und dient der systematischen Erfassung von Selbstständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit)</p> <p>Bei der Messung der Wiederherstellung nach Schlaganfall ist von Interesse, ob die gesundheitsbezogene Lebensqualität durch die Behandlung zum Zeitpunkt 3 Monate nach Schlaganfall auf demselben Niveau liegt wie vor dem Schlaganfall. Derzeit erscheint für diese Fragestellung die Rankin-Skala insgesamt am geeignetsten. Dafür müssen möglichst frühzeitig im Krankenhaus retrospektiv (unter Umständen mit Angehörigen) die Rankin-Maßzahl des Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten vor dem Schlaganfall erhoben werden. 3 Monate nach KH-Entlassung erfolgt telefonisch die erneute Erhebung. Dies wird in OÖ im Zuge der Integrierten Versorgung Schlaganfall (IVS) gemacht.</p> <p>Zielwert: Hoher Anteil mit gleichem Rankin-Score</p>
Datenquellen	IVS-Register, Stroke-Unit Register BIQG(GÖG)
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	<p>Quotient:</p> <p>Zähler: Anzahl der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten des Auswertungszeitraums mit identem Rankin-Wert vor Schlaganfall und 3 Monate nach KH-Entlassung</p> <p>Nenner: Anzahl der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten des Auswertungszeitraums</p> <p>Differenziert nach Schwere des Schlaganfalls (NIH), Alter und Geschlecht</p>
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland, Alter, Schwere des Schlaganfalls
Verwendung	<p>http://www.oegsf.at/aerzte/index.php?page=cssmenu_horizontal</p> <p>Im Stroke-Unit Register werden Behandlungsergebnisse dargestellt als dichotome Werte zum Zeitpunkt der KH-Entlassung (Rankin <= 1 erreicht oder nicht-erreicht) differenziert nach Schwere des Schlaganfalls beim KH-Aufnahme (NIHSS 3 Gruppen: <6; 6-13; >13)</p> <p>Im Register der Integrierten Versorgung Schlaganfall (IVS) der OÖGKK wird der Rankin-Skalenwert 3 Monate nach Schlaganfall erhoben. Ebenso erheben die teilnehmenden Krankenanstalten die Rankin-Skala für die Zeit vor dem Insult zum Zeitpunkt der KH-Aufnahme.</p>
Referenzen	<p>http://www.goeg.at/de/Bereich/Stroke-Unit-Register.html</p> <p>http://www.oegkk.at/portal27/portal/oegkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=5&p_menuid=62297&action=2</p>
Anmerkungen	<p>Rankin Skala:</p> <p>Die Skala von 0 bis 6 beschreibt den Bereich von vollständiger Gesundheit bis zum Tod.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 - Keine Symptome. • 1 - Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten. • 2 - Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.

	<ul style="list-style-type: none"> • 3 - Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen. • 4 - Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen. • 5 - Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe. • 6 - Tod infolge des Apoplex. <p>NIHSS: Definition Die National Institutes of Health Stroke Scale, kurz NIHSS, ist ein Scoresystem zur Beurteilung eines akuten Schlaganfalls (Stroke) im Rahmen der neurologischen Befunderhebung. Die NIHSS dient der Früherkennung und der Verlaufsbeobachtung eines Schlaganfalls und wird als Grundlage für die Indikationsstellung medikamentöser Therapieoptionen (z.B. Lyse) herangezogen.</p> <p>Verfahren Die Summe der Werte aus den Untersuchungen ergeben maximal 42 Punkte. Je höher die Punktzahl (Score), desto ausgedehnter ist der Schlaganfall. Eine Lysetherapie bei ischämischem Infarkt ist allgemein bei einem NIHSS-Score über 6 Punkte und unter 22 Punkte indiziert. Von der Österreichischen Gesellschaft für Schlaganfallforschung werden Schlaganfälle mithilfe des NIHSS in 3 Schweregrade eingeteilt: leicht (<6), mittelschwer (6-13) und schwer (>13)</p> <p>Stroke-Unit-Register Seit 2003 werden an Stroke Units in Österreich schlaganfall-relevante Daten in einem überregionalen Register dokumentiert. Das Register wird von der GÖG/BIQG (Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich BIQG) betreut und wurde gemeinsam mit der Österreichischen Schlaganfall-Gesellschaft (ÖGSF) ins Leben gerufen. Derzeit (2014) sind 35 der 36 Stroke Units in Österreich aktiv am Register beteiligt.</p> <p>In OÖ werden ca. 30-40 % der Schlaganfälle in Internen Abteilungen versorgt (z.B. ältere, multimorbide Patientinnen und Patienten). Stroke-Unit und Neurologie Klientel ist vorselektiert. Stroke Units in OÖ haben eine ungefähre Befüllquote von 40% bei den 3-Monats Follow-Ups (Rankin). Das Follow-up der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten der Abteilungen für Innere Medizin wird in OÖ von der OÖGKK (IVS) erledigt. Der NIH wird in OÖ (IVS) nur von den Stroke-Units/Neurologien standardmäßig geliefert.</p> <p>Zu diskutieren wäre, ob der zusätzliche Dokumentationsaufwand und die Datenverwaltung für eine österreichweite flächendeckende Erhebung in einem sinnvollen Verhältnis zum erwarteten Nutzen stehen.</p> <p>Denkbar wären auch repräsentative Stichproben in allen Bundesländern unter Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten mit postalischer/telefonischer Erhebung des Rankin-Score 3 Monate nach KH-Entlassung inkl. retrospektiver Erhebung des Rankin-Werts vor dem Schlaganfall unter Berücksichtigung der Schwere des Anfalls, der KH-Aufenthaltsdauer, des Alters,</p> <p>Bundesweites Register inklusive der Schlaganfälle in den Abteilungen für Innere Medizin verursacht großen Aufwand für Dokumentation, Datenhandling etc.</p> <p>Idealtypischer Indikator versus Aufwand/Nutzen</p>
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Schlaganfall – Mortalität (30 Tage) I
Langform der Bezeichnung	Anteil der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten, die im Alter vor 75 innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Krankenhausaufnahme wegen Schlaganfall versterben (in Anlehnung an verfrühte Sterblichkeit)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse / Wiederherstellung nach einem Schlaganfall Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Die Mortalität durch Schlaganfall hat in den letzten 30 Jahren deutlich abgenommen. Im Vergleich zu den meisten (west)europäischen Ländern ist die Schlaganfall-Mortalität in Österreich weniger stark zurückgegangen. Der Indikator fokussiert auf die Schlaganfall-Mortalität vor 75, da dies eine gebräuchliche Schranke für den Begriff „verfrühte Sterblichkeit“ ist. Die Letalität des Schlaganfalls wird im Zeitraum von 30 Tagen betrachtet, da mit zunehmender zeitlicher Distanz eine Kausalbeziehung zwischen Schlaganfall und Exitus fraglicher wird. Zielwert: Niedrige 30-Tage Letalität
Datenquellen	FOKO, BIG
Aktualität und Periodizität	Quartalsweise Berechnung des Indikators und Jahreswerte; Aktualität Quartalsweise – jährliche Datenkontrollrechnung
Berechnungsmethode	Quotient: Zähler: Anzahl der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten des Auswertungszeitraums mit Todesfall innerhalb 30 Tage nach stat. KH-Aufnahme wegen Schlaganfall Nenner: Anzahl der stat. Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten des Auswertungszeitraums
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	
Referenzen	http://www.oegsf.at/aerzte/index.php?page=cmsms_tags http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html
Anmerkungen	Trotz kurzen Zeitraums (30 Tage) kann nicht bei allen Todesfällen eine Kausalbeziehung mit dem Schlaganfall als gegeben angenommen werden. Auf Basis der zur Verfügung stehenden Datenquellen besteht keine Möglichkeit, die tatsächliche Todesursache zu berücksichtigen. In Anbetracht der steigenden Lebenserwartung könnten auch andere Altersschranken diskutiert werden – bzw. unterschiedliche Altersgrenzen für Frauen Männer. Rund 46% der im Jahr 2012 verstorbenen Männer waren unter 75 Jahre alt. Bei den im Jahr 2012 verstorbenen Frauen lag dieser Anteil bei rund 23%. Der Schlaganfall (I60-69) war bei ca. 3,3% der erwähnten vor 75 verstorbenen Männer die offizielle Todesursache, bei den Frauen bei ca. 4,2%. Unterschiedliche Aussagen zum Einfluss des Alters auf den Outcome. Mortalität hängt laut älteren Studien nicht mit dem Alter zusammen. Neuere Stu-

	<p>dien belegen einen Zusammenhang des Alters mit der Wiederherstellung mit einem deutlichen Knick ab 75 Jahren.</p> <p>The influence of age on stroke outcome. The Copenhagen Stroke Study. No independent influence of age was found regarding mortality within 3 months... Age independently influences stroke outcome selectively in ADL-related aspects (BI) but not in neurological aspects (SSS), suggesting a poorer compensatory ability in elderly stroke patients. Therefore, rehabilitation of elderly stroke patients should be focused more on ADL and compensation rather than on the recovery of neurological status, and age itself should not be a selection criterion for rehabilitation. http://stroke.ahajournals.org/content/25/4/808 (1994)</p> <p>Functional recovery after ischemic stroke—A matter of age Data from the Austrian Stroke Unit Registry We analyzed the effects of age on good functional outcome 3 months after stroke (modified Rankin Scale score ≤2). In absolute terms, the regression-adjusted probability of good outcome was highest in the age group 18–35 years and gradually declined by 3.1%–4.2% per decade until age 75 with a steep drop thereafter. Findings applied equally to sexes and patients with and without IV thrombolysis or diabetes. Age emerged as a highly significant inverse predictor of good functional outcome after ischemic stroke independent of stroke severity, characteristics, and complications with the age-outcome association exhibiting a nonlinear scale and extending to young stroke patients. <i>Neurology</i>® 2012;78:279–285 https://www.neurology.org/content/78/4/279.abstract</p> <p>...Da die Sterblichkeit an Schlaganfall bei den höheren Altersgruppen um ein vielfaches höher ist,... (http://www.oegsf.at/aerzte/index.php?page=zahlen-und-fakten-2)</p>
--	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Schlaganfall – Mortalität (30 Tage) II
Langform der Bezeichnung	30-Tage Mortalität im Alter von 45+ nach stationärer Aufnahme aufgrund eines Schlaganfalls (in Anlehnung an OECD Definition)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse / Wiederherstellung nach einem Schlaganfall Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Zielwert: Niedrige 30-Tage Letalität
Datenquellen	FOKO, BIG
Aktualität und Perio-	Quartalsweise Berechnung des Indikators und Jahreswerte; Aktualität Quar-

dizität	talsweise – jährliche Datenkontrollrechnung
Berechnungsmethode	<p>Quotient:</p> <p>Zähler: Anzahl der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten des Auswertungszeitraums mit Todesfall innerhalb 30 Tage nach stat. KH-Aufnahme wegen Schlaganfall</p> <p>Nenner: Anzahl der stat. Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten des Auswertungszeitraums</p>
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	OECD, ECHIM
Referenzen	http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf
Anmerkungen	<p>Trotz kurzen Zeitraums (30 Tage) kann nicht bei allen Todesfällen eine Kausalbeziehung mit dem Schlaganfall als gegeben angenommen werden. Auf Basis der zur Verfügung stehenden Datenquellen besteht keine Möglichkeit, die tatsächliche Todesursache zu berücksichtigen.</p> <p>In Anbetracht der steigenden Lebenserwartung könnten auch andere Altersschranken diskutiert werden – bzw. unterschiedliche Altersgrenzen für Frauen Männer.</p> <p>Rund 46% der im Jahr 2012 verstorbenen Männer waren unter 75 Jahre alt. Bei den im Jahr 2012 verstorbenen Frauen lag dieser Anteil bei rund 23%. Der Schlaganfall (I60-69) war bei ca. 3,3% der erwähnten vor 75 verstorbenen Männer die offizielle Todesursache, bei den Frauen bei ca. 4,2%.</p> <p>Unterschiedliche Aussagen zum Einfluss des Alters auf den Outcome. Mortalität hängt laut älteren Studien nicht mit dem Alter zusammen. Neuere Studien belegen einen Zusammenhang des Alters mit der Wiederherstellung mit einem deutlichen Knick ab 75 Jahren.</p> <p><i>The influence of age on stroke outcome. The Copenhagen Stroke Study. No independent influence of age was found regarding mortality within 3 months... Age independently influences stroke outcome selectively in ADL-related aspects (BI) but not in neurological aspects (SSS), suggesting a poorer compensatory ability in elderly stroke patients. Therefore, rehabilitation of elderly stroke patients should be focused more on ADL and compensation rather than on the recovery of neurological status, and age itself should not be a selection criterion for rehabilitation.</i> http://stroke.ahajournals.org/content/25/4/808 (1994)</p> <p><i>Functional recovery after ischemic stroke—A matter of age Data from the Austrian Stroke Unit Registry</i> <i>We analyzed the effects of age on good functional outcome 3 months after stroke (modified Rankin Scale score ≤2). In absolute terms, the regression-adjusted probability of good outcome was highest in the age group 18–35 years and gradually declined by 3.1%–4.2% per decade until age 75 with a steep drop thereafter. Findings applied equally to sexes and patients with and without IV thrombolysis or diabetes. Age emerged as a highly significant inverse predictor of good functional outcome after ischemic stroke independent of stroke severity, characteristics, and complications with the age-</i></p>

	<p><i>outcome association exhibiting a nonlinear scale and extending to young stroke patients. Neurology® 2012;78:279–285</i> https://www.neurology.org/content/78/4/279.abstract</p> <p>...Da die Sterblichkeit an Schlaganfall bei den höheren Altersgruppen um ein vielfaches höher ist,... (http://www.oegsf.at/aerzte/index.php?page=zahlen-und-fakten-2)</p>
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Schlaganfall – Wiederaufnahmerate (WAR) (30 Tage)
Langform der Bezeichnung	Anteil der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten, die innerhalb 30 Tage erneut stationär aufgenommen werden (dazugehörige Krankheitsbilder)
Zugeordneter Bereich	Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse / Wiederherstellung nach einem Schlaganfall Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Die KH-WAR innerhalb 30 Tage soll einen Eindruck über den Erfolg der Sekundärprävention liefern und Beiträge zur Bewertung des Themas „zu frühe Entlassung“ ermöglichen. Zielwert: Niedrige 30-Tage WAR
Datenquellen	FOKO, BIG
Aktualität und Periodizität	Quartalsweise Berechnung des Indikators und Jahreswerte; Aktualität Quartalsweise – jährliche Datenkontrollrechnung
Berechnungsmethode	Quotient: Zähler: Anzahl der Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten des Auswertungszeitraums mit KH-Wiederaufnahme innerhalb 30 Tage nach KH-Entlassung (WA-Diagnose in Zusammenhang mit Schlaganfall) Nenner: Anzahl der stat. Schlaganfall-Patientinnen und -Patienten des Auswertungszeitraums Eventuell Einschränkung auf ischämische Schlaganfälle (ohne Blutungen)
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Reinsulte und Wiederaufnahmeraten: http://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-0022-60A6-F
Referenzen	
Anmerkungen	Die Ursachenabklärung und Einleitung einer medikamentösen Sekundärprophylaxe nach ischämischem Schlaganfall spielt insbesondere zur Prävention von frühen Reinfarkten eine bedeutsame Rolle. Es konnte gezeigt werden, dass Rezidive nach ischämischem Schlaganfall mit einer schlechten Prognose verbunden sind. So ist ein früher Reinfarkt mit einem längeren Krankenhausaufenthalt, schwereren neurologischen Defiziten und einer höheren Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Demenz verbunden (Sacco et al.

	<p>1989, Moroney et al. 1998, Pendlebury et al. 2009). Zur Verhinderung früher Reinfarkte, und der damit verbundenen hohen Versorgungskosten und sozioökonomischen Folgen, müssen Patienten mit ischämischem Schlaganfall schnellstmöglich einer ätiologischen Abklärung und Therapie zugeführt werden. In der täglichen klinischen Routine müssen dabei die Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko für diese Frührezidive verlässlich identifiziert werden können. (http://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0022-60A6-F/Publicationsbasierte%20Dissertation%20Stroke%20SUB-ONLINE-Version%20IM%2020.12.13.pdf?sequence=1)</p> <p>In measuring outcome, not only is it important to identify appropriate types of measures but also the timing of measurement. Most stroke recovery occurs within 1 to 3 months. Additional recovery, albeit modest, may continue well beyond 1 year. For quality improvements directed at acute stroke care, the working group agreed that end points should be focused on 1 month after discharge. The reason for this decision is that clinical status beyond this time, however important, is more difficult to measure and will be influenced by factors beyond acute stroke care, such as rehabilitation, management of depression, and recurrent ischemic events. A future statement will address the strengths and limitations of specific outcome categories and measures as indicators of quality stroke care. (http://circ.ahajournals.org/content/101/12/1483.full)</p>
--	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Akuter Myokardinfarkt – Mortalität (30 Tage) I
Langform der Bezeichnung	Anteil der Akuten Myokardinfarkt-Patientinnen und -Patienten, die im Alter vor 75 innerhalb von 30 Tagen nach stationärer Krankenhausaufnahme aufgrund von akutem Myokardinfarkt versterben (in Anlehnung an verfrühte Sterblichkeit)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator bildet die Behandlungsqualität in der Akutversorgung des Myokardinfarkts ab Der Indikator misst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt, welche innerhalb von 30 Tagen nach KH-Entlassung versterben
Datenquellen	DIAG FOKO
Aktualität und Periodizität	Regelmäßig
Berechnungsmethode	Anzahl der Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme aufgrund eines akuten Myokardinfarkts / Anzahl der Aufnahmen aufgrund eines akuten Myokardinfarkts
Stratifizierbarkeit	Alter, Bundesland
Verwendung	
Referenzen	http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/05/02/01/index.html?contentType=/ns/Chapter,/ns/StatisticalPublication&itmlid=/content/chapter/health_glance-2011-42-en&containerItemid=/content/serial/19991312&accessItemIds=&mimeType=ext/html
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Akuter Myokardinfarkt – Mortalität (30 Tage) II
Langform der Bezeichnung	30-Tage Mortalität im Alter von 45+ nach stationärer Aufnahme aufgrund akutem Myokardinfarkt (in Anlehnung an OECD Definition)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator bildet die Behandlungsqualität in der Akutversorgung des Myokardinfarkts ab (vgl. http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/05/02/01/index.html?contentType=/ns/Chapter,/ns/StatisticalPublication&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-42-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=&mimeType=ext/html). Der Indikator misst den Anteil an Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt, welche innerhalb von 30 Tagen nach KH-Entlassung versterben
Datenquellen	DIAG FOKO
Aktualität und Periodizität	Regelmäßig
Berechnungsmethode	Anzahl der Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme aufgrund eines akuten Myokardinfarkts / Anzahl der Aufnahmen aufgrund eines akuten Myokardinfarkts
Stratifizierbarkeit	Alter, Bundesland
Verwendung	OECD
Referenzen	http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/05/02/01/index.html?contentType=/ns/Chapter,/ns/StatisticalPublication&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-42-en&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=&mimeType=ext/html
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Akuter Myokardinfarkt – Wiederaufnahmerate (30 Tage)
Langform der Bezeichnung	Krankenhaus-Wiederaufnahmerate akuter Myokardinfarkt innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausentlassung
Zugeordneter Bereich	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt, welche innerhalb von 30 Tagen nach KH-Entlassung wieder stationär in ein KH aufgenommen werden.
Datenquellen	DIAG FOKO
Aktualität und Periodizität	Neuer Indikator
Berechnungsmethode	Anteil der Patientinnen und Patienten mit stationär behandeltem akutem Myokardinfarkt und Wiederaufnahme innerhalb eines definierten Zeitraums im Vergleich zu allen stationären Patientinnen und Patienten mit akutem Myokardinfarkt
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Neuer Indikator
Referenzen	

Anmerkungen	
Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	ACSC – potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte
Langform der Bezeichnung	Ambulatory Care Sensitive Conditions – Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte je 1.000 Personen mit Diagnosen der ACSC-Liste
Zugeordneter Bereich	Bereich: 3 Behandlung akuter Ereignisse Detail-Indikator Anmerkung:
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>Als ACSC werden medizinisch begründete, potenziell vermeidbare stationäre Aufenthalte bezeichnet, welche mittels einer adäquaten ambulanten Versorgung innerhalb der Gesellschaft vermeidbar gewesen wären. Im deutschsprachigen Raum werden die Begriffe ambulant-sensitive Krankenhaufälle (ASK) oder auch potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte verwendet. Diese dienen zur Bezeichnung vermeidbarer Hospitalisierungen mittels effektiver, zeitgerechter Behandlung im extramuralen Bereich (Sundmacher et al. 2012, p.184). Englischsprachige Synonyme für ACSC sind bspw. Bezeichnungen wie preventable hospitalizations, avoidable hospitalizations, avoidable hospital conditions (AHCs), avoidable admissions.</p> <p>Hinsichtlich einer einheitlichen Definition des Begriffs ACSC liegen auf internationaler Ebene keine allgemein anerkannten Standards vor! Da keine klare Definition darüber existiert, was genau unter ACSC zu verstehen ist, werden – je nach Betrachtungsweise – die Kriterien für ACSC relevante Diagnosen mitunter weiter oder enger gefasst.</p> <p><i>“Ambulatory or primary care sensitive conditions (ACSCs) are those conditions for which hospital admission could be prevented by interventions in primary care.”</i> (Purdy et al. 2009, p.169)</p> <p>Folgende drei Bereiche werden bei Frank (2009) als vermeidbare Indikationen angeführt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akute Zustandsbilder oder Krankheiten, die zu verhindern gewesen wären (z.B. durch Impfungen oder andere präventive Maßnahmen), 2. Akute Zustandsbilder oder Krankheiten, die (durch adäquate Primärversorgung) besser unter Kontrolle gehalten werden hätten können (z.B. bakterielle Pneumonie), 3. Chronische Zustandsbilder oder Krankheiten, die bei adäquatem Management weniger akute Episoden aufweisen würden (z.B. Diabetes mellitus) (Frank 2009, p.7). <p>Zielwert: niedrige ACSC</p>
Datenquellen	FOKO, BIG, LKF-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Entsprechend der Aktualität der Datenquellen: Quartalswerte bzw. Jahreswerte
Berechnungsmethode	Geschlecht- und Alters-standardisierte Kennzahl: Summe der stationären KH-Aufenthalte mit Diagnosen der ACSC-Liste bezogen auf 1.000 Wohnbevölkerung der Region.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland, Alter
Verwendung	Frank AM (2009) Ambulatory Care Sensitive Conditions. Erste Anwendung eines internationalen Indikators in der Steiermark. Masterarbeit am Universi-

Detailindikatorenbeschreibung Bereich 3: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse

	tätslehrgang für Public Health an der Medizinischen Universität Graz. Available at: http://public-health.medunigraz.at/archiv/Mastersarbeiten/Maste%20Thesis%20AMF%20009%20%20Endversion%20PDF.pdf [25/07/2013]
Referenzen	Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D (2009) Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. <i>Pub Health</i> 123:169-173 Sundmacher L, Busse R (2012) Der Einfluss der Ärztedichte auf ambulantsensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J, Geradts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) <i>Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität</i> . Schattauer. Stuttgart: 183-202.
Anmerkungen	Die Indikationen (Diagnoseliste ACSC) sind für Österreich derzeit noch offen und werden im Zuge der aktuellen Gesundheitsreform (Vorarbeit AG Medizinische Themen) erst noch beschlossen. Der Indikator der Performancemesung wird sich daran orientieren.

Für diesen Bereich wurden zumindest gesundheitspolitisch relevante Themenfelder definiert. Das Projektteam empfiehlt, für diese Felder Indikatoren zu entwickeln.

Für diesen Bereich wurden zumindest gesundheitspolitisch relevante Themenfelder definiert. Das Projektteam empfiehlt, für diese Felder Indikatoren zu entwickeln.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Zwischenfälle bei präventiven Untersuchungen
Langform der Bezeichnung	Rate an Zwischenfällen bei präventiven Untersuchungen
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Potentielle Zwischenfälle bei präventiven Untersuchungen sind mittels wissenschaftlicher Evidenz zu eruieren Der Indikator misst den Anteil (%) an Zwischenfällen bei präventiven Untersuchungen
Datenquellen	Primärdatenerhebung - Die nötigen Daten könnten extra für diese Population erhoben oder in ein größeres Survey integriert werden (z.B. ATHIS).
Aktualität und Periodizität	Neuer Indikator
Berechnungsmethode	Konkrete Fragestellung ist zu entwickeln
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Neuer Indikator
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Überdiagnostik bei Screening-untersuchungen
Langform der Bezeichnung	Anteil der Überdiagnosen bei definierten Screening-untersuchungen.
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Gesundheit stärken Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Unter Überdiagnose versteht man die Diagnose einer Anomalie ohne Bedeutung für die weitere Gesundheit bei einer asymptomatischen Person. (vgl. http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2013/2930/de/smf-01568.pdf) Dieser Indikator misst den Anteil an Überdiagnosen bei Screening-untersuchungen
Datenquellen	Eine valide Methode zur Messung des Indikators ist dem Projektteam bis dato (vgl. Anmerkungen) nicht bekannt. Es ist jedoch angedacht eine Methode zur Berechnung dieses Indikators zu entwickeln. In diesem Zusammenhang müssen die jeweiligen Screenings auf Basis wissenschaftlicher Evidenz ausgewählt werden.
Aktualität und Periodizität	Neuer Indikator
Berechnungsmethode	Vgl. Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Neuer Indikator
Referenzen	
Anmerkungen	„[...]Es ist allerdings möglich, nach der Einführung eines Screening-Programms den Anstieg der Inzidenz zu messen. Diese müsste – gäbe es keine Überdiagnosen – nach einigen Jahren wieder auf die Ausgangsbasis vor dem Screening zurückgehen [...]Diese Methode ist allerdings von vielen Unsicherheiten begleitet, wie etwa von der Nachbeobachtungszeit nach Ende des Screenings, von Veränderungen in der Lebenserwartung, der Todesursachenstatistik oder der Einberechnung eines möglichen Anstiegs der Inzidenz [...]Eine weitere Methode ist der Vergleich zwischen Regionen mit und ohne Screening. Das wiederum muss unter kontrollierten Bedingungen erfolgen, um „graues Screening“ ...hintanzuhalten, da diese das Ergebnis verfä-

	<p>schen (weil sie ja ebenfalls zu Überdiagnosen führen). [...]“ (vgl. http://www.oegam.at/uploads/tx_cal/media/Mammascreeing_Broschuere.NEU.pdf)</p>
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Stationäre Aufnahme aufgrund von Arzneimittelinteraktion
Langform der Bezeichnung	Anteil an Personen mit Krankenhausaufhalten aufgrund eines unerwünschten Arzneimittelereignisses
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil an Personen mit Krankenhausaufhalten aufgrund eines unerwünschten Arzneimittelereignisses Dieser wird anhand der stationären Aufnahmen aufgrund von unerwünschten Arzneimittelereignissen mit einem entsprechenden ICD 10 Code und den eingelösten Medikamenten mit Interaktionsrisiko der niedergelassenen ÄrztInnen ermittelt.
Datenquellen	DIAG (Haupt- und Nebendiagnosen) BIG (Modul Krankenanstalten) FOKO Daten
Aktualität und Periodizität	Jährlich / regelmäßig
Berechnungsmethode	In Anlehnung an HVB (z.B.: Anteil der Entlassungen mit einem entsprechenden ICD 10 Code und Arzneimittelinteraktion in der Bevölkerung)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	HVB
Referenzen	http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=74095&p_tabid=5
Anmerkungen	„Unter einem unerwünschten Arzneimittelereignis versteht man jedes unerwünschte Ereignis, das in Verbindung mit der Anwendung von Arzneimitteln steht.“ „Analysiert werden sollten der zeitliche Zusammenhang der Verordnungen von Medikamenten und Krankenaufhalten mit Diagnosen, welche einen Hinweis auf Unerwünschte Arzneimittelereignisse liefern, und anschließend die Medikamentenkombinationen in Hinblick auf Interaktionshinweise.““

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	PIM-Medikation von Älteren
Langform der Bezeichnung	Anteil der über 70-jährigen-Bevölkerung, der mit mindestens einem PIM-Medikament in einem Jahr versorgt wird
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	PIM-Prävalenz in % der Anspruchsberechtigten
Datenquellen	FOKO – Abgefragt für 2012 für PIM Studie
Aktualität und Periodizität	Aktuell
Berechnungsmethode	Anzahl Verordnungen aus PIM-Liste pro Person pro Anspruchsberechtigte in Altersgruppe
Stratifizierbarkeit	Bundesländer, Geschlecht, Alter
Verwendung	

Referenzen	PIM-Studie von Mann et al.
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Nosokomiale Infektionen und AMR
Langform der Bezeichnung	Punktprävalenz der nosokomialen Infektionen und Resistenzen gegenüber antimikrobiellen Substanzen (AMR)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>„Infektionen, die nach dem zweiten Tag bzw. nach 72 Stunden im Krankenhaus oder auf der Intensivstation auftreten, gelten als Nosokomial“ (vgl. http://www.schaffler-verlag.com/gw_artikel_dl/110128.pdf bzw. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Antibiotikaresistenz/)</p> <p>„Jeder Einsatz von Antibiotika kann die Selektion resistenter Bakterien fördern. Durch nicht zielgerichtete Anwendung von Antibiotika wird die Gefahr der Entstehung und Weiterverbreitung von Antibiotikaresistenzen erhöht. Resistenzen bei pathogenen Keimen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit, da die Wirksamkeit von Arzneimitteln (Antibiotika) nachteilig beeinflusst werden kann. Resistenzen erschweren grundsätzlich die Therapie bakterieller Infektionskrankheiten“ (vgl. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/2/5/CH1318/CMS1361534036242/nap_amr.pdf)</p> <p>Dieser Indikator misst den Anteil (%) von nosokomialen Infektionen und Resistenzen gegenüber antimikrobiellen Substanzen (AMR)</p>
Datenquellen	Surveillance Daten
Aktualität und Periodizität	Regelmäßig
Berechnungsmethode	Siehe Definition
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht
Verwendung	ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) EARS – Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) (Universitätsklinik für Krankenhaushygiene & Infektionskontrolle)
Referenzen	<p>AMR ab S. 199: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf oder http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf</p> <p>Nosokomiale Infektionen und AMR: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf</p>
Anmerkungen	<p>Vgl. dazu B-ZV – operatives Ziel 8.3.1. „Die in der BGK beschlossene Patientensicherheitsstrategie schrittweise umsetzen“</p> <p>v.a. Maßnahme 5: Festlegung einer bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen und antimikrobiellen Resistenzen (AMR) bis Ende 2014 Messgröße 5) System zur bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen und AMR ist eingerichtet Messgröße 6) Entwicklung der nosokomialen Infektionen und AMR im Zeitverlauf</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Komplikationsrate - Anästhesie
Langform der Bezeichnung	Rate der Entlassungen mit einer Diagnose (Nebendiagnose) definiert als Komplikation bei Anästhesie
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst die Rate der Komplikationen nach Operationen und Eingriffen. Die Komplikationsrate Anästhesie wird definiert als die Anzahl der Entlassung mit einem entsprechenden ICD 10 Code als Nebendiagnose. Diese wird Entlassungen mit einem Code für einen operativen Eingriff gegenübergestellt
Datenquellen	DIAG (Haupt- und Nebendiagnosen) BIG (Modul Krankenanstalten) Als Datenquellen dienen die abgerechneten Krankenhausdaten mit definierten ICD-10 Codes
Aktualität und Periodizität	Jährlich / regelmäßig
Berechnungsmethode	In Anlehnung an OECD (z.B.: Rate: Anzahl der Entlassungen mit einem entsprechenden ICD 10 Code als Nebendiagnose pro 1.000 Entlassungen mit einem Code für einen operativen Eingriff)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	AHRQ, OECD Health
Referenzen	http://www.oecd.org/els/health-systems/40401929.pdf http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx
Anmerkungen	<i>“There are validity concerns about this indicator and thus should be used with precaution. It is unclear, whether this indicator is consistently related to adverse outcomes. In US data (Zhan and Miller, 2003) this indicator was associated with excess charges but not with excess mortality or length of stay.”</i> Vgl. http://www.oecd.org/els/health-systems/40401929.pdf

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Wrong site surgery
Langform der Bezeichnung	Anzahl der Eingriffe mit Eingriffsverwechslungen (Patienten- und Seitenverwechslung)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Eine valide Methode zur Messung des Indikators ist dem Projektteam bis dato nicht bekannt. Es ist jedoch angedacht eine Methode zur Berechnung dieses Indikators zu entwickeln.
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	Eine valide Methode zur Messung des Indikators ist dem Projektteam bis dato nicht bekannt. Es ist jedoch angedacht eine Methode zur Berechnung dieses Indikators zu entwickeln.
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Transfusionsreaktion
Langform der Bezeichnung	Rate der Entlassungen mit einer Diagnose (Nebendiagnose) definiert als Transfusionsreaktion
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst die Rate an Transfusionsreaktionen im Krankenhaus . Die Rate der Transfusionsreaktion im Krankenhaus wird definiert als die Anzahl der Entlassung mit einem entsprechenden ICD 10 Code als Nebendiagnose. Diese wird Entlassungen mit einem Code für einen operativen Eingriff gegenübergestellt
Datenquellen	DIAG (Haupt- und Nebendiagnosen) BIG (Modul Krankenanstalten) Als Datenquellen dienen die abgerechneten Krankenhausdaten mit definierten ICD-10 Codes
Aktualität und Periodizität	Jährlich / regelmäßig
Berechnungsmethode	In Anlehnung an OECD (z.B.: Rate: Anzahl der Entlassungen mit einem entsprechenden ICD 10 Code als Nebendiagnose pro 1.000 Entlassungen mit einem Code für einen operativen Eingriff)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	AHRQ (PSI 8), OECD Health
Referenzen	http://www.oecd.org/els/health-systems/40401929.pdf http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Hüftfraktur im Krankenhaus
Langform der Bezeichnung	Rate der Entlassungen mit einer Diagnose (Nebendiagnose) definiert als Hüftfraktur im Krankenhaus
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst die Rate der Hüftfrakturen welche im Krankenhaus aufgetreten sind . Die Rate der Hüftfrakturen im Krankenhaus wird definiert als die Anzahl der Entlassung mit einem entsprechenden ICD 10 Code als Nebendiagnose. Diese wird Entlassungen mit einem Code für einen operativen Eingriff gegenübergestellt
Datenquellen	DIAG (Haupt- und Nebendiagnosen) BIG (Modul Krankenanstalten) Als Datenquellen dienen die abgerechneten Krankenhausdaten mit definierten ICD-10 Codes
Aktualität und Periodizität	Jährlich / regelmäßig
Berechnungsmethode	In Anlehnung an OECD (z.B.: Rate: Anzahl der Entlassungen mit einem entsprechenden ICD 10 Code als Nebendiagnose pro 1.000 Entlassungen mit einem Code für einen operativen Eingriff)
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	AHRQ (PSI 8), OECD Health
Referenzen	http://www.oecd.org/els/health-systems/40401929.pdf

	http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx
Anmerkungen	“There are validity concerns about this indicator and thus should be used with precaution. Previous unpublished studies showed that this indicator might capture pre-admission hip fractures as well as the in-patient complication.” Vgl. http://www.oecd.org/els/health-systems/40401929.pdf

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	Medikamentenassoziierte Hüftfraktur
Langform der Bezeichnung	Anteil der über 70-jährigen-Bevölkerung, mit einer Medikamentenassoziierten Hüftfraktur
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Prävalenz in % der Medikamentenassoziierten Hüftfraktur der über 70-jährigen Bevölkerung
Datenquellen	Abrechnungsdaten der SV DIAG
Aktualität und Periodizität	Neuer Indikator
Berechnungsmethode	Neuer Indikator – Berechnungsmethode ist zu entwickeln
Stratifizierbarkeit	Bundesländer, Geschlecht, Alter
Verwendung	
Referenzen	
Anmerkungen	„Eine Reihe von Medikamentengruppen wird mit der Entstehung oder Verstärkung von Osteoporose bzw. mit Fragilitätsfrakturen in Zusammenhang gebracht: Antiepileptika, Antikoagulantien, Gonadotropin-releasing-Hormon-Analoga, Aromatasehemmer, Antiöstrogene, Antiandrogene, die hochaktive antiretrovirale Therapie, Immunsuppressiva (Calcineurin-Inhibitoren) und Zytostatika.“ (vgl. http://www.kup.at/kup/pdf/7013.pdf)

Die Indikatoren aus Bereich 3, welche den Outcome bei elektiven Eingriffen messen werden in den Bereich 7 (Funktion Krankheit behandeln) verschoben und anders definiert.

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.

E

Ergebnismodell

Quint-essenz, Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention

Autor: Gesundheitsförderung Schweiz

Datum: 2006

<http://www.quint-essenz.ch/de/tools/1011>

G

Gesundheit nachhaltig fördern, Health in All Policies und Health Impact

Soziale Sicherheit 9/2010

Autorin: Sabine Haas, Ilonka Horvath

Datum: Wien, September 2010

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=69535&p_tabid=2&p_pubid=644061

O

Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007

Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Autoren: Jeannette Klimont, Josef Kytir, Barbara Leitner

Datum: Wien, 2007

https://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html

Österreichische Gesundheitsbefragung 2014

Statistik Austria - Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Jeannette Klimont (Statistik Austria) vom 11.03.2014

Datum: Wien, 2014

P

Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen, Schwerpunkt Outcomes. Grundlagenbericht I, Theorie, Framework, Übergeordnete Indikatoren

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Autoren: Beitel Christoph, Anna Labek, Aline Dragosits, Nina Pfeffer, Martin Scheuringer

Datum: Wien, Dezember 2013

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=76225&p_tabid=5

Performance measurement for health system improvement, experiences, challenges and prospects

Background Document

Autoren: Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas

Datum: World Health Organization Denmark, 2008

<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/background-documents/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>