

# Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen

## Schwerpunkt: Outcomes

## SV-Grundlagenbericht

---

Theorie, Outcomes-Framework,  
Indikatorenvorschlag, Empfehlungen

21.10.2014

## Autorinnen und Autoren

Beitel Christoph

Labek Anna

**OÖGKK – Forum Gesundheit**

Behandlungsökonomie

Dragosits Aline

Scheuringer Martin

**Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung

Gesundheitsökonomie

---

### **Gendergerechte Formulierungen**

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

## Dank an die Expertinnen und Experten

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

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

Unser Dank geht namentlich an:

### **Expertinnen und Experten der SV-Träger:**

Carolin Amann (VGKK), Andreas Goltz (HVB) Katharina Hintringer (TGKK), Robert Hoge (AUVA), Andreas Kvas (VAEB), Gerhard Ladengruber (WGKK), Gernot Leipold (STGKK), Robert Lill (SGKK), Alfred Mair (OÖGKK), Nina Pfeffer (vormals HVB), Martin Robausch (NÖGKK), Christian Ruh (NÖGKK), Klaudia Sandholzer (WGKK), Heide Said (OÖGKK) und die Kollegen der BGKK und der SVB

Besonders erwähnen möchten wir Andreas Goltz und Nina Pfeffer, die im Zeitverlauf aus dem Kreis des Projektteams ausgeschieden sind, jedoch einen wesentlichen Beitrag am Gelingen dieses Projektes geleistet haben.

### **Expertinnen und Experten der GÖG:**

Florian Bachner, Ines Czasny, Gerhard Fülöp und Sonja Neubauer

Durch ihren Einsatz wurde das Projekt methodisch wesentlich abgesichert und das Zustandekommen des vorliegenden Berichts ermöglicht.

## Inhaltsverzeichnis

1	Abstract.....	6
1.1	Ziel.....	6
1.2	Theorie.....	6
1.3	Bewertung der Indikatoren.....	7
1.4	Ergebnis.....	7
1.5	Herausforderungen.....	8
2	Einleitung.....	9
3	Grundlegende Begriffe und Definitionen.....	12
3.1	Was wird gemessen?.....	12
3.2	Wie wird gemessen?.....	15
3.3	Wie wird das Messinstrument verwendet?.....	20
4	Ziele des Projekts Performancemessung.....	21
4.1	Hintergrund und inhaltliche Orientierung.....	21
4.2	Kurzfristige Ziele - 2013.....	21
4.3	Mittelfristige Ziele - 2014.....	22
4.4	Langfristige Ziele - 2020.....	22
4.5	Keine Ziele der Performancemessung der SV.....	22
5	Herausforderungen.....	24
5.1	Beeinflussende Faktoren.....	24
5.2	Good Practice der Performancemessung.....	26
5.3	Conclusio.....	27
6	Vorgehen und Methodik.....	29
6.1	Projektfahrplan.....	29
6.2	Bewertungsschema für Indikatoren.....	30
7	Ergebnisse.....	35
7.1	Beschreibung des Frameworks.....	35
7.2	Framework – Übersicht ohne Indikatoren.....	37
7.3	Indikatoren zur Bewertung.....	38
7.4	Ergebnisse der Indikatorenbewertung.....	38
8	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	45
9	Vom Outcome zur Performance.....	46
9.1	Health in all Policies-Ansatz.....	46
9.2	Ursache – Wirkungsmodelle.....	47
9.3	Effektivität und Effizienz als zentrale Kriterien der Performancemessung.....	50
9.4	Ein möglicher Weg: Pfadanalyse einzelner Wirkketten.....	50
10	Internationale Vergleichsländer.....	52
11	Berechnung und Präsentation der übergeordneten Indikatoren.....	54

## Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems nach Pfaff .....	9
Abbildung 2: Determinantenorientierung .....	10
Abbildung 3: Systemtheoretische Definition des Gesundheitssystems (eigene Darstellung).....	14
Abbildung 4: Public Health Action Cycle .....	15
Abbildung 5: Einflussfaktoren auf gesundheitliche Outcomes .....	17
Abbildung 6: Prozessmodell des Gesundheitssystems .....	18
Abbildung 7: Framework, schematische Darstellung .....	36
Abbildung 8: Framework zur Performancemessung des Kanadischen Gesundheitssystems.....	48
Abbildung 9: Das Schweizer Ergebnismodell.....	49
Tabelle 1: Checkliste Good-Practice Kriterien einer Performancemessung im Projektkontext .....	28
Schema der Indikatorenbewertung.....	30
Erläuterungen zu den Bewertungskriterien.....	31
Framework - Übersicht ohne Indikatoren.....	35
Tabelle 2: Empfohlene Indikatoren für Outcomemessung .....	40
Tabelle 3: Nicht empfohlene Outcome-Indikatoren.....	43

### Anhang:

Indikatorenbeschreibung	S. 54
Literaturübersicht	S. 119

# 1 Abstract

## 1.1 Ziel

Das Ziel des vorliegenden Berichts ist die Zusammenführung der beiden zuvor separat publizierten SV-Grundlagenberichte zur Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen.

Im Grundlagenbericht I<sup>1</sup> wurde eine fundierte Empfehlung einer konkreten Auswahl an übergeordneten Indikatoren zur Messung der Outcomes des österreichischen Gesundheitssystems aus der Perspektive der Bevölkerung abgegeben. Des Weiteren wurden die Outcome-Indikatoren in ein analytisches Framework eingebettet, welches die Ziele und Funktionen des Gesundheitssystems enthält.

Im Grundlagenbericht II<sup>2</sup> wurde das Messsystem um Detailindikatoren ergänzt und theoretische Konzepte zur Erweiterung des Outcomes-Frameworks hin zu einem Performance-Framework und Kriterien für internationale Vergleichbarkeit von Gesundheitssystemen angerissen.

Der vorliegende Bericht ersetzt die beiden zuvor publizierten Teilberichte und umfasst die vom Projektteam recherchierte Theorie zum Thema Performancemessung von Gesundheitssystemen, das Outcomes-Framework der SV, konsensbasierte und fundierte Vorschläge für übergeordnete und Detailindikatoren zur Outcomemessung sowie weitere Empfehlungen.

## 1.2 Theorie

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

### 1.2.1 Was

Performance ist die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, die anhand der Erreichung von Zielen<sup>3</sup> und der Einhaltung von Werten zu bestimmen ist.

### 1.2.2 Wie

Zur Messung komplexer Ziele ist die Empirie zu detailliert und ihre einzelnen Daten sind untereinander zu verstrickt. Das Gesundheitssystem muss in mehrere konkrete

---

<sup>1</sup> Dezember 2013

<sup>2</sup> Mai 2014

<sup>3</sup> Lange leben bei guter Gesundheit, soziale Sicherheit und Chancengleichheit, Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten, gute Qualität

Bereiche untergliedert werden, damit seinen Aufgaben Messwerte zur Überprüfung der Zielerreichung (Indikatoren) zugeordnet werden können. Dazu wurde ein Framework entwickelt. Die Messergebnisse können Unterschiede zwischen Vergleichsländern<sup>4</sup> und Unterschiede im Zeitverlauf beleuchten, die als Anlass zur Ursachenforschung herangezogen werden sollen.

## 1.3 Bewertung der Indikatoren

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

### 1.3.1 Bewertungsschema

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

### 1.3.2 Kollegiale Durchführung der Bewertung

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

### 1.3.3 Externe Qualitätssicherung der Bewertung

Die übergeordneten Indikatoren wurden auch Experten aus der GÖG zu bewertung vorgelegt. Deren Urteile wurden verwendet um etwaige grobe Fehleinschätzungen der SV zu korrigieren.

## 1.4 Ergebnis

Die im Rahmen des Projekts definierten sieben Zielbereiche des Gesundheitssystems mit Fokus auf die beiden Funktionen Gesundheitsförderung/Prävention und Krankenbehandlung bilden ein Framework für die Messung der Outcomes. Das konkrete Ergebnis sind empfohlene Indikatoren (23 übergeordnete und 42 Detailindikatoren) im Framework.

---

<sup>4</sup> Indikatorenbenchmark, best practice

## 1.5 Herausforderungen

Die Ergebnisse der Outcomemessung liefern erste Hinweise zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Eine finale Bewertung ist nicht möglich. Ursachenforschung auf regionaler Ebene ist nötig, um Messergebnisse sinnvoll interpretieren zu können. Performancemessung geht über Outcomemessung hinaus und macht nur als langfristiges Projekt Sinn, das sich Systemveränderungen anpasst.

## 2 Einleitung

An mehreren Stellen im österreichischen Gesundheitssystem wird derzeit intensiv zum Thema Performancemessung, Outcomes- bzw. Versorgungsforschung gearbeitet. Besonderen An Schub erfuhr das Thema Performancemessung in Österreich in letzter Zeit durch den im Sommer 2013 vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung unterzeichneten Bundes-Zielsteuerungsvertrag (Artikel 8: Steuerungsbereich Ergebnisorientierung) und die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele (2012)<sup>5</sup>.

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

Die Sozialversicherung hat sich zur Performancemessung als strategisches Ziel in der Balance Score Card (2013-2015) bekannt. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse wurden federführend mit dem dazugehörigen Projekt betraut.

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

Das Gesundheitssystem zu beobachten und seine Leistungsfähigkeit zu messen, verlangt nach ausgiebiger theoretischer Vorarbeit, da das Gesundheitssystem definiert werden muss<sup>7</sup> und bestimmt werden muss, entlang welcher zentralen Werte<sup>8</sup> die Beobachtung ausgerichtet werden soll. Das Versorgungssystem ist dabei nur einer von vielen Bereichen des Gesundheitssystems.

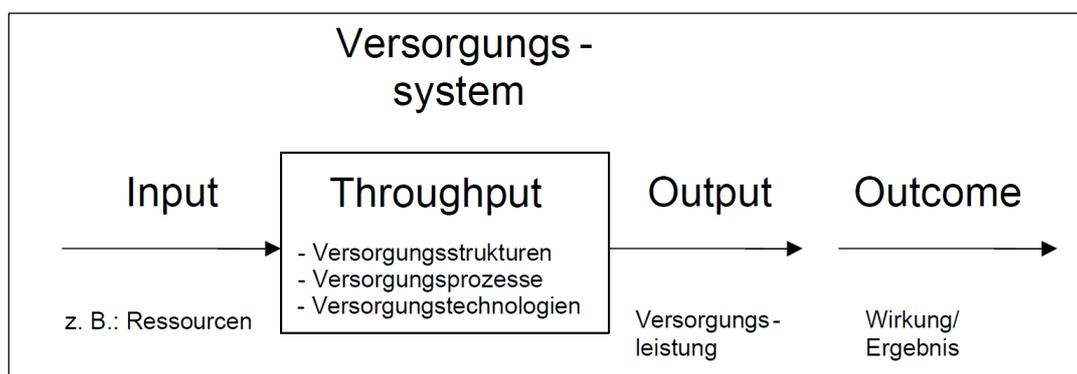


Abbildung 1: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems nach Pfaff<sup>9</sup>

<sup>5</sup> Kapazitätsentwicklung im Bereich Versorgungsforschung als Maßnahme zur Steigerung von Qualität, Effektivität und Effizienz des Versorgungssystems

<sup>6</sup> §15a-Vereinbarung: Zielsteuerung-Gesundheit

<sup>7</sup> Grenzen, Strukturen, Prozesse und Ziele des Gesundheitssystems

<sup>8</sup> Patientenorientierung

<sup>9</sup> Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben (2003), S.15

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

Der Schwerpunkt des aktuellen Projekts liegt auf den sogenannten Outcomes. Outcomes sind die Resultate der Wirkungen des Handelns im Gesundheitssystem und aller übriger Faktoren (Genetik, sozio-ökonomische und Umwelteinflüsse, Verhalten, etc.) im Gesundheitszustand der Bevölkerung. 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 (siehe 3.2.5).

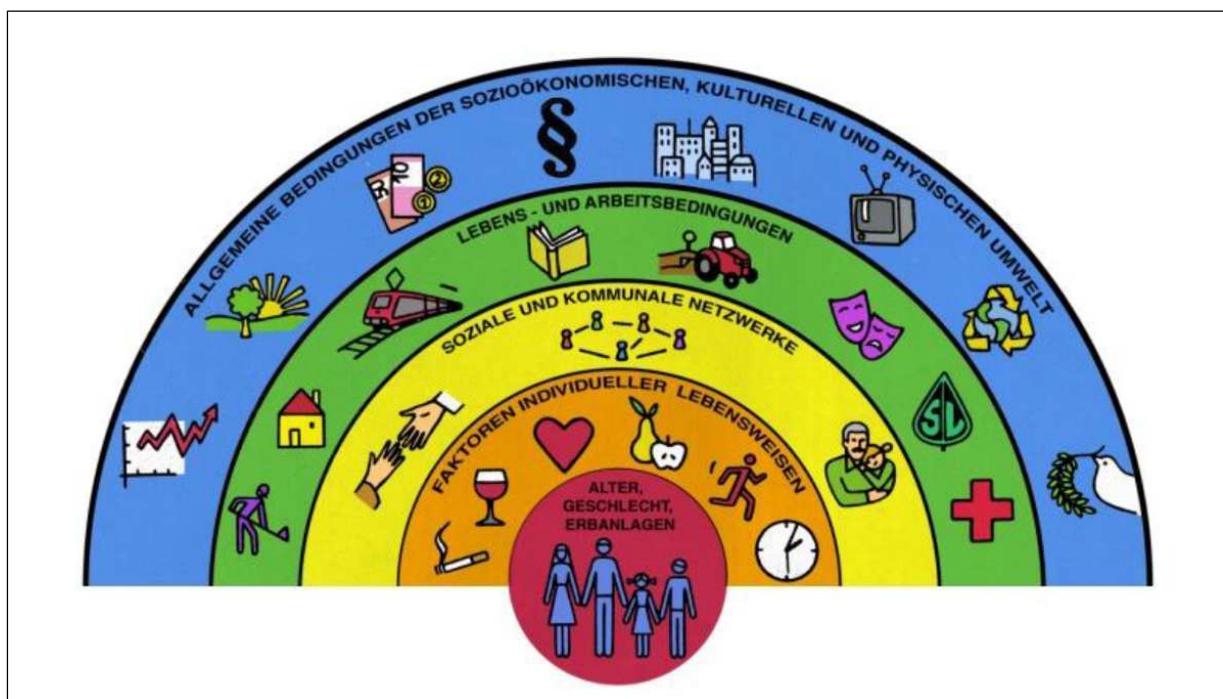


Abbildung 2: Determinantenorientierung<sup>10</sup>

Um sich dem komplexen Thema Performance von Gesundheitssystemen adäquat nähern zu können, bedarf es eines mehrstufigen Prozesses

- Literaturrecherchen zur Veranschaulichung des wissenschaftlichen Status quo
- Kenntnisnahme bereits verwendeter Kennzahlen zur Beobachtung einzelner Segmente des Versorgungssystems
- Konkreten Zielvorgaben, auf welche Bereiche des Gesundheitssystems bei der Performance-Messung besonderes Augenmerk gelegt werden soll.

Die Erhebung geeigneter Indikatoren zur Messung der Performance des Gesundheitssystems und der weiteren Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die Lebensqualität der vom Versorgungssystem profitierenden Menschen gestaltet sich unterschiedlich aufwändig bzw. einfach. Viele Routinedaten liegen bereits vor, für gewisse Bereiche müssen Datenquellen

<sup>10</sup> Rahmen-Gesundheitsziele (2012), S.VI

erst erschlossen werden, um Performancemessung zu ermöglichen und manche Einflussfaktoren sind einfacher zu beobachten als andere.

### **Gliederung des Berichts**

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

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

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

Das Resultat der Indikatorenbewertung führt zu einer konkreten fundierten Empfehlung an ausgewählten Indikatoren zur Outcomemessung im österreichischen Gesundheitssystem (Kap. 8: Zusammenfassung und Empfehlungen).

Die folgenden Kapitel liefern einen Überblick zur möglichen Weiterentwicklung der Outcomemessung hin zur Performancemessung und die Frage nach geeigneten Vergleichsländern zum Indikatorenbenchmark wird diskutiert. Am Ende folgt ein kurzer Hinweis auf die aktuell<sup>11</sup> laufende konkrete Umsetzung der Messung der empfohlenen übergeordneten Indikatoren (Kap. 9: Vom Outcome zur Performance, Kap. 10: Internationale Vergleichsländer, Kap. 11: Berechnung und Präsentation der übergeordneten Indikatoren).

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

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

---

<sup>11</sup> Sommer/Herbst 2014

### 3 Grundlegende Begriffe und Definitionen

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

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

#### 3.1 Was wird gemessen?

##### 3.1.1 Performance und Performancemessung

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

Performancemessung zeigt die Grade der Zielerreichung des Gesundheitssystems auf. „Performance measurement seeks to monitor, evaluate and communicate the extent to which various aspects of the health system meet key objectives.“<sup>12</sup>

##### 3.1.2 Gesundheitssystem und Gesundheitswesen

###### 3.1.2.1 Versuchsweise Allgemeindefinitionen <sup>13 14 15</sup>

###### Das Gesundheitssystem

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

###### Das Gesundheitswesen

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

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

<sup>12</sup> Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects, S 8

<sup>13</sup> [https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Gesundheitssystem\\_LN.html](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Gesundheitssystem_LN.html)

<sup>14</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitssystem>

<sup>15</sup> Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects

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

### 3.1.2.2 Systemtheoretische Definition <sup>16 17</sup>

Eine systemtheoretische Definition des Gesundheitssystems in loser Anlehnung an die theoretischen Ausführungen von Niklas Luhmann könnte folgendermaßen aussehen: Das Gesundheitssystem ist ein Teilsystem der Gesellschaft, das an Bewusstsein und Körper der Menschen strukturell gekoppelt ist.<sup>18</sup>

Das Gesundheitssystem besteht aus drei Subsystemen: (1) Versorgungssystem, (2) Präventionssystem und (3) Verwaltungssystem. Die ersten beiden Subsysteme kann man auch die Funktionen des Gesundheitssystems nennen, das dritte Subsystem soll Ressourcen und deren Finanzierung mittels Zielsteuerung optimieren.

Das **Versorgungssystem** lässt sich weiter untergliedern in ein diagnostisches und ein therapeutisches Subsystem. Die Diagnostik ist der medizinische Erkenntnisapparat des Versorgungssystems. Es entscheidet anhand des simplifizierten binären Codes krank / nicht krank, ob Menschen in das therapeutische Subsystem gelangen. Es selektiert auch, ob Patientinnen und Patienten nicht ins therapeutische System kommen, oder ob sie weiter therapiert werden, oder entlassen werden dürfen. Dabei werden durch die Bestimmung der Diagnosen die Wahlmöglichkeiten bei der Therapie eingeschränkt. Folgende Anforderungen werden an das System gestellt:

- Offenheit: Zugang zur Diagnostik
- Korrektheit: Minimum an Diagnostik vor Therapie; wenige Therapien bis zur Entlassung aus dem System; die Zeit bis zum Wiedereintritt soll möglichst groß werden
- Nachhaltigkeit: Therapien, die nicht zu noch mehr Folgetherapien führen
- Compliance: Therapietreue

Das Ziel des Systems **Gesundheitsförderung und Prävention** ist es, krank machende Prozesse zu vermeiden (Prävention) und Prozesse zu fördern, die die Gesundheit stärken bzw. bei ihrer Wiederherstellung unterstützen (Gesundheitsförderung). Dieses System steht in enger Beziehung zur Ursachenforschung der Krankheitsentstehung, zur Sozialmedizin und zur Public Health. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention lassen sich meist unterteilen in verhaltens- oder verhältnisbezogene Ansätze. Dabei werden vielfältige mögliche (ökologische, soziale, körperliche, psychische, usw.) Ursachen für Gesundheit und Krankheit berücksichtigt. Der simplifizierte binäre Code dieses Systems kann beschrieben werden als krank-machend / gesund-machend. Folgende Anforderungen werden an das System gestellt:

- Korrektheit: akademische Korrektheit der Ergebnisse der Ursachenforschung
- Steuerung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme in den erkannten Problemfeldern

<sup>16</sup> Pelikan Jürgen: Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines absonderlichen Funktionssystems, in Soziale Systeme 13 (2007), Heft 1+2

<sup>17</sup> Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects

<sup>18</sup> Das System aus seinen Elementen und Teilen zu definieren ist nicht zielführend, wenn die Performance wichtiger Teile des Gesundheitssystems gemessen werden soll. Solche Definitionen sind zu sehr in der Perspektive der Institutionen verhaftet. Es geht aber um die Einnahme einer soziologischen Perspektive, da das Gesundheitssystem ein soziales System ist.

Das **Verwaltungssystem** ist ein Zielerreichungssystem, das mit Hilfe aggregierter Informationen über Leistungen der zuvor genannten Subsysteme steuert. Die Aggregation der Daten ist aufgrund der Komplexität des Gesundheitssystems notwendig. Bisher wurde in Form von monetären Bezugsgrößen aggregiert (Kosten), d.h. es wurden eher finanzielle Ziele angesteuert.<sup>19</sup> Performancemessung leistet somit einen Beitrag zum Paradigmenwechsel in der Gesundheitsverwaltung hin zu einer Orientierung an den gesundheitlichen Effekten bei den Patientinnen und Patienten.

Zur Veranschaulichung der systemtheoretischen Definition soll folgende schematische Übersicht dienen.

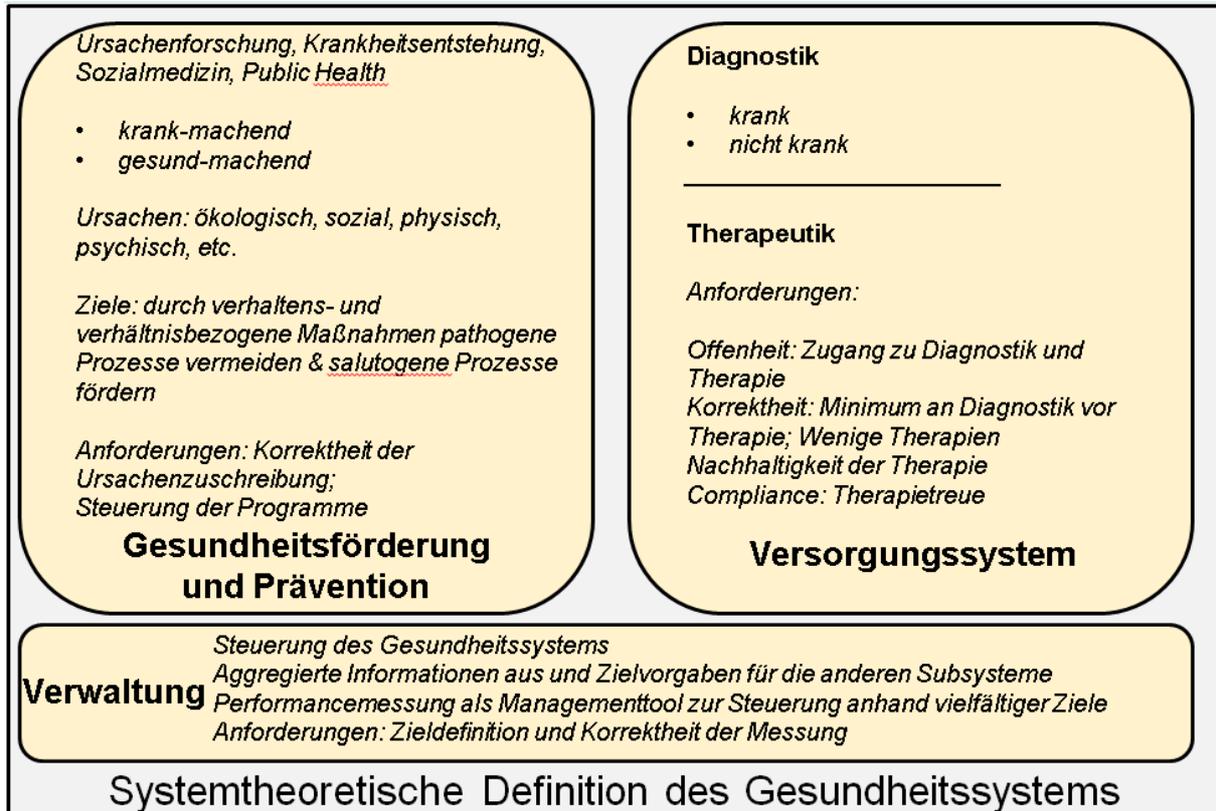


Abbildung 3: Systemtheoretische Definition des Gesundheitssystems (eigene Darstellung)

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

## 3.2 Wie wird gemessen?

### 3.2.1 Performancemessung (PM) <sup>20 21 22 23</sup>

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

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

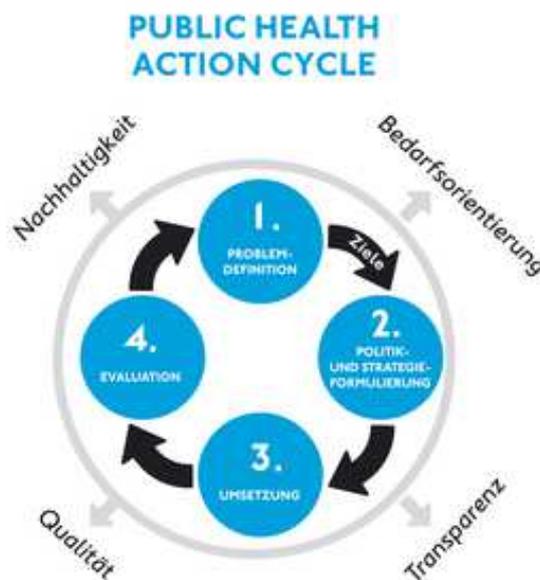


Abbildung 4: Public Health Action Cycle<sup>25</sup>

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

<sup>20</sup> Performance von Gesundheitssystemen, Health System Watch 4/2010

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

<sup>22</sup> Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences Challenges and Prospects, S 8

<sup>23</sup> Aktenvermerk HVB EWG Zi. 33-EWG/36.5/12 Go

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

<sup>25</sup> www.hauptverband.at

die notwendigen Variablen, für eine valide Messung der relevanten Konzepte beobachtbar sind.

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

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

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

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

### 3.2.2 Perspektive

Die Beobachtung wird aus der Perspektive der Bevölkerung unternommen. Dies bedeutet, dass gesundheitlicher Outcome eine zentrale Rolle bei der Messung spielt.

### 3.2.3 Framework

Siehe 7.1 Beschreibung des Frameworks

### 3.2.4 Indikatoren

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

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

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

---

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

### 3.2.5 Modell der Messung<sup>27 28 29</sup>

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



Abbildung 5: Einflussfaktoren auf gesundheitliche Outcomes

Betrachtet man das Gesundheitssystem entlang eines Prozessmodells (Panelmethode) im Bezug auf seine Wirkungen auf die Gesundheit genauer, so verlagert sich der Fokus des Modells: Komplexität wird im Gesundheitssystem berücksichtigt, während alle anderen Einflüsse zu einem reduziert werden. In Anlehnung an Holger Pfaffs berühmtes Modell<sup>30</sup>, stellt sich das veranschaulicht wie folgt dar (Abb. 5).

<sup>27</sup> Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch IV

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

<sup>29</sup> Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. Gesundheitsversorgung und Disease Management – Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung

<sup>30</sup> siehe Kapitel 2: Einleitung

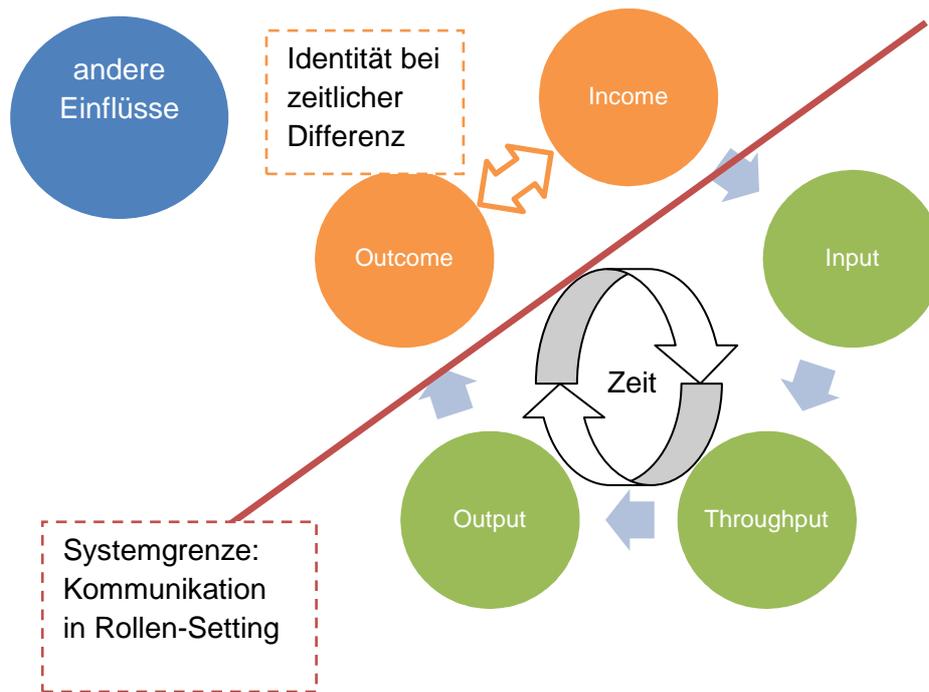


Abbildung 6: Prozessmodell des Gesundheitssystems

### 3.2.5.1 Input

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

### 3.2.5.2 Throughput

Der Throughput bezeichnet die Art und Weise, wie der Input im Zeitverlauf im Versorgungsmodell verarbeitet wird. Es sind die Konzepte, wie z. B. Krankenhäuser architektonisch aussehen, wie Patientinnen und Patienten durch ein DMP<sup>31</sup> geführt werden oder wie eine leitlinienkonforme Behandlung aussieht.

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

### 3.2.5.3 Output

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

<sup>31</sup> DMP = Disease Management Program

### 3.2.5.4 Outcome

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

### 3.2.5.5 Income

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

## 3.2.6 Dimensionen der Messung<sup>32</sup>

### 3.2.6.1 Effektivität

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

### 3.2.6.2 Effizienz

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

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

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

### 3.2.6.3 Responsiveness<sup>33</sup>

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

### 3.2.6.4 Chancengleichheit<sup>34</sup>

Chancengleichheit bezeichnet in modernen Gesellschaften das Recht auf eine gerechte Verteilung von Zugangs- und Lebenschancen. Gesundheitliche Chancengleichheit bzw. Chan-

<sup>32</sup> Performance von Gesundheitssystemen, Health System Watch 4/2010

<sup>33</sup> Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers No. 23

<sup>34</sup> Rahmen-Gesundheitsziele

chengerechtigkeit definiert dieses Recht gesundheitsbezogen, d. h. als Herstellung gleicher und damit gerechter Chancen, gesund zu sein und gesund zu bleiben.

### 3.3 Wie wird das Messinstrument verwendet?

#### 3.3.1 Heuristische Verwendung der Performancemessung

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

#### 3.3.2 Art der Indikatoren

##### 3.3.2.1 Übergeordnete Indikatoren

Diese Indikatoren sollen für jedes Feld im Framework gut das Gesamtergebnis abbilden. Sie sollen den Grad der Zielerreichung im jeweiligen Bereich zusammenfassend darstellen.

##### 3.3.2.2 Detailindikatoren

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

## 4 Ziele des Projekts Performancemessung

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

### 4.1 Hintergrund und inhaltliche Orientierung

Wie bereits in der Einleitung (Kap. 2) erwähnt, hat sich die Sozialversicherung zur Performancemessung als strategisches Ziel in der Balanced Score Card bekannt. Dieses Projekt schließt somit inhaltlich auch an die Zielvereinbarungen in Form des Bundeszielsteuerungsvertrags an.

Die im vorliegenden Bericht präsentierten Ergebnisse und die weiteren Erkenntnisse aus dem Projekt werden der PG MVK-Outcomes<sup>35</sup> und der Fachgruppe Public Health zur Verfügung gestellt. Diese Gremien sind mit der Umsetzung des operativen Ziels 8.1.2 im Steuerungsbereich Ergebnisorientierung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags insbesondere Maßnahme 1 beauftragt.

Operatives Ziel 8.1.2 (Ergebnisorientierung)

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

Maßnahme 1

*Entwicklung, Abstimmung und Implementierung eines Mess- und Vergleichskonzeptes inklusive Auswahl geeigneter europäischer Vergleichsländer, Definition, Abgrenzung und Priorisierung der Messgrößen sowie Aussagen zur Machbarkeit, Bestimmung von Zielwerten und geeigneten Zeithorizonten für diese bis Mitte 2014.*

Das Projekt Performancemessung leistet hierfür fundierte Vorarbeit, welche die Sozialversicherung bei der Erfüllung des operativen Ziels unterstützen soll.

### 4.2 Kurzfristige Ziele - 2013

- Anpassung der akademischen Vorschläge aus der internationalen Fachliteratur an das österreichische Gesundheitssystem: Definition zentraler Begriffe und der Anforderungen aus bevölkerungszentrierter Perspektive.
- Gliederung des Systems in zu untersuchende Bereiche und Funktionen

<sup>35</sup> Projektgruppe Mess- und Vergleichskonzept - Outcomes

- Erstellung eines Schemas zur abgesicherten Auswahl der Indikatoren
- Durchführung der Indikatorenauswahl
- Erstellung eines Grundlagenberichts mit empfohlenen Indikatoren in einem Framework zur Messung der Outcomes

### 4.3 Mittelfristige Ziele - 2014

- Theoretische, konzeptionelle Vorarbeit zur Erweiterung der Outcomemessung in Richtung Performancemessung
- Auswahl von geeigneten Vergleichsländern
- Berechnung und Ergebnisdarstellung der empfohlenen übergeordneten Indikatoren

### 4.4 Langfristige Ziele - 2020

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

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

### 4.5 Keine Ziele der Performancemessung der SV

Nicht-Ziel dieses Projekts ist das Monitoring für den **Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV)**. Die Performancemessung in der Sozialversicherung wird nicht das Messinstrument für die Zielerreichung des B-ZV.

Inhaltlich orientiert sich das Projekt an den Vorgaben des B-ZV zum Bereich Ergebnisorientierung. Die Ergebnisse dieses SV-Projekts werden über die PG MVK-Outcomes und die FG Public Health von Seiten der SV in den Prozess der aktuellen Gesundheitsreform eingebracht.

Es gibt keine 1:1 Zuordnung des SV-Outcomes-Frameworks bzw. der empfohlenen Indikatoren zu den **österreichischen Rahmen-Gesundheitszielen**. Dieses SV-Projekt wurde nicht als R-GZ Monitoring-System konzipiert. Inhaltlich gibt es verständlicherweise einen gewissen Überschneidungsbereich trotz thematisch unterschiedlichen Zugangs. Die Rahmen-Gesundheitsziele haben vergleichsweise einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung, Prävention und Health in all Policies. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass acht der zehn Rahmen-Gesundheitsziele durch einzelne Outcomes-Indikatoren im SV-Framework

repräsentiert sind. Ökologische Gesundheitsdeterminanten und der soziale Zusammenhalt als soziale Gesundheitsdeterminante sind im SV-Framework nicht vertreten.

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

Performancemessung ist **kein Wertungssystem** sondern ein heuristisches<sup>36</sup> Werkzeug, welches die Unterschiede in den Outcomes darstellt und die Erforschung und Bewertung der Ursachen in anderen Projekten ermöglicht. Es unterstützt bei der informierten Entscheidung für nähere Betrachtungen (Evaluierung) im Gesundheitssystem. Ursachenforschung für die Ergebnisse einzelner Indikatorenmessungen erfolgt nicht im Zuge der Outcomemessung. Die Interpretation der Ergebnisse, die Ableitung von Maßnahmen und die Maßnahmenevaluierung müssen regional unter Einbeziehung der relevanten Prozessbeteiligten erfolgen.

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

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

---

<sup>36</sup> vgl. Archimedes „**Heureka**“ (εὕρηκα) „Ich habe [es] gefunden“.

## 5 Herausforderungen

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

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

### 5.1 Beeinflussende Faktoren

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

#### 5.1.1 Daten und Indikatoren

##### Datenverfügbarkeit

Indikatoren sollten anhand von konkreten Zielen des Gesundheitssystems entwickelt werden. Bei der Messung des Outcome besteht die Tendenz, auf Indikatoren zu fokussieren, welche mit vorhandenen Daten berechnet werden können. Offen bleibt, wie relevant die verfügbaren Daten für die Performancemessung sind. Um die Ziele des Gesundheitssystems in adäquater Form messen zu können, bedarf es deshalb neben der Verwendung bereits verfügbarer Indikatoren auch der Generierung neuer Daten. Diese Vorgehensweise ist meist mit hohem Aufwand und hohen Kosten verbunden<sup>37 38</sup>.

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

Eine weitere Limitation stellt die Verfügbarkeit der Daten auf regionaler und internationaler Ebene dar. Viele Befragungen, welche beispielsweise den Gesundheitszustand mit dem Ziel der internationalen Vergleichbarkeit messen, berechnen die Daten lediglich auf überregionaler, sprich nationaler Ebene. Dadurch sind regionale Detailinformationen nicht verfügbar. Umgekehrt sind die Ergebnisse von Erhebungen, welche für regionale Vergleiche konzipiert wurden, oft nicht international vergleichbar.

<sup>37</sup> Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch

<sup>38</sup> Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

## Datenqualität

Umfragebasierte Daten - insbesondere jene, welche den Gesundheitszustand und den Zugang zur Gesundheitsversorgung messen - können mit folgenden Limitationen verbunden sein: Kultureller Bias, Recall Bias, mangelnde Repräsentativität des Samples.<sup>39</sup>

Im Unterschied zu umfragebasierten Daten können Routinedaten<sup>40</sup> welche durch Leistungserbringerinnen und –erbringer erhoben werden, durch die „Codierpraxis“ beeinflusst werden<sup>41</sup>.

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

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gemessenen Werte Messfehler enthalten, welche unterschiedlich stark ausgeprägt sind (z.B. auch im Hinblick auf Kausalitätszusammenhänge zwischen den Indikatoren). Von zentraler Bedeutung sind in dieser Hinsicht die Zuverlässigkeit (Reliabilität) und die Gültigkeit (Validität) einer Messung<sup>42</sup>.

## Beobachtereffekt und Auswahl der Indikatoren

Die Qualität und Aussagekraft einer Performancemessung korreliert mit der Güte der Auswahl der Indikatoren. Wie bereits weiter oben erwähnt, sollten Indikatoren anhand von konkreten Zielen des Gesundheitssystems entwickelt werden. Bei der Auswahl der Indikatoren gilt es ferner zu beachten, die Zielerreichung nicht nur anhand unterschiedlicher Indikatoren zu überwachen, sondern auch den Umsetzungsprozess selbst, da ein Zielsteuerungsprozess auf die Anwendung von Indikatoren reagiert. So kann es zu einer suboptimalen Versorgung aus medizinischer und ökonomischer Sicht kommen, wenn die Akteure ihr Verhalten an die konkreten Zielvorgaben der gemessenen Indikatoren anpassen.<sup>43 44</sup>

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

### 5.1.2 Komplexität

Eine weitere Herausforderung, welche bei der Messung der Performance von Gesundheitssystemen berücksichtigt werden muss, ist die Komplexität der Gesundheit<sup>45</sup>. Vor diesem Hin-

<sup>39</sup> Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries

<sup>40</sup> Definiert als jene Daten, welche als Nebenprodukt von Abrechnungssystemen entstehen

<sup>41</sup> Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

<sup>42</sup> vgl. Bewertungsschema für Indikatoren - Kapitel 6.2

<sup>43</sup> Umsetzung von Gesundheitszielen, Maßnahmen und Monitoring am Beispiel ausgewählter Länder

<sup>44</sup> Performance Measurement for Health System Improvement, S 509 - 519

<sup>45</sup> vgl. Grundlegende Begriffe und Definitionen – Kapitel 3

tergrund muss bei der Interpretation der Ergebnisse darauf geachtet werden, inwieweit Outcome-Indikatoren durch das Gesundheitssystem beeinflusst werden können.

Um Verzerrungen zu vermeiden, müssen exogene und endogene Faktoren, welche die Indikatoren beeinflussen können, kontrolliert werden, denn die Performance eines Gesundheitssystems muss nicht unmittelbar mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung korrelieren.<sup>46</sup>  
47

Der Sachverständigenrat Gesundheit der Bundesrepublik Deutschland fasst zusammen, dass das Gesundheitswesens im engeren Sinne (kuratives System ohne Prävention und Gesundheitsförderung) zur Veränderung der Lebenserwartung bzw. der Mortalität im Zeitverlauf nach zahlreichen international vergleichenden Studien zwischen 10 und 40 Prozent beigetragen hat. Andere Einflussgrößen sind etwa Bildung, Einkommen, Ernährung, Erbfaktoren etc.<sup>48</sup> Performancemessung von Gesundheitssystemen sollte sich auch aus diesem Grund nicht mit der Beobachtung der Lebenserwartung als zentralem Outcome begnügen.

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

## 5.2 Good Practice der Performancemessung

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

- **Perspektive.** Das Gesundheitssystem kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden, abhängig von der Position der Stakeholder. Deren Anzahl steigt, je mehr Bereiche abgedeckt werden. Die, je nach gewählter Perspektive, relevanten Stakeholder sollen miteinbezogen werden.<sup>49 50</sup>
- **Definition des Rahmens.** Um die Performance eines Gesundheitssystems messen zu können, gilt es zunächst Ziele zu definieren, um zu klären, was das System überhaupt leisten soll. Danach werden essentielle Bereiche benannt und mit Indikatoren quantifiziert.<sup>51</sup>

<sup>46</sup> Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch

<sup>47</sup> Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

<sup>48</sup> Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, S 24

<sup>49</sup> Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch

<sup>50</sup> Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

<sup>51</sup> Performance von Gesundheitssystemen. Health System Watch

- **Optimales Verhältnis von Indikatoren.** Bei zu wenigen Indikatoren werden eventuell wichtige Aspekte vernachlässigt, bei zu vielen wird das Instrument unpassend und kostenintensiv.<sup>52</sup>
- **Entwicklung von Bewertungskriterien.** Diskutierbare Kriterien müssen entwickelt werden, anhand welcher die ausgewählten Indikatoren und die Qualität der Daten bewertet werden können. In diesem Zusammenhang muss geklärt werden, ob die benötigten Daten bereits verfügbar sind, regelmäßig erhoben werden können und vergleichbar sind. Gegebenenfalls müssen Datengrundlagen geschaffen werden.
- **Berücksichtigung von Confoundern.** Bei der Verwendung von Performanceindikatoren muss darauf geachtet werden, dass sämtliche Confounder des untersuchten Bereichs soweit wie möglich berücksichtigt werden. Darüber hinaus soll der Fokus beim Einsatz von Outcome-Indikatoren auf der Messung jener Teile der Versorgung liegen, welche von den handelnden Personen auch beeinflusst werden können<sup>53</sup>.
- **Interpretation der Ergebnisse.** Bereits bei der Konzipierung von Performancemessung muss bedacht werden, wie mit den Ergebnissen umgegangen werden soll. Hinweise zur vorsichtigen Interpretation können hier Abhilfe schaffen.<sup>54</sup> Performancemessung kann keine detaillierte Ursachenforschung für die Ergebnisse leisten - das geht nur in Einzelstudien<sup>55 56</sup>.
- **Monitoring der Ergebnisse.** Um die Nachhaltigkeit von Performancemessung zu gewährleisten, wird ein Monitoring empfohlen. Dabei gilt es, auf die Periodizität zu achten<sup>57 58</sup>.
- **Ständige Entwicklung.** Performancemessung muss sich laufend weiterentwickeln (z.B. aufgrund von neuen Technologien, Behandlungsformen, Krankheitsbildern).

### 5.3 Conclusio

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

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

<sup>52</sup> Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

<sup>53</sup> Measuring quality of care with routine data, avoiding confusion between performance indicators and health outcomes

<sup>54</sup> Using performance indicators to improve health care quality in the public sector, a review of the literature

<sup>55</sup> Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit, Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007

<sup>56</sup> Vgl. Ziele von Performancemessung – Kapitel 4

<sup>57</sup> EuroReach. Improved access to health care data through cross-country comparison. Coordination with European and International Initiatives

<sup>58</sup> Vgl. Bewertungsschema für Indikatoren – Kapitel 6.2

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

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

Quelle: Eigene Darstellung

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

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

## 6 Vorgehen und Methodik

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

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

### 6.1 Projektfahrplan

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

- **Literaturrecherche**

Zur Veranschaulichung des aktuellen wissenschaftlichen Status Quo zur Performancemessung wurden rund 90 verschiedene Literaturquellen gelesen und zusammengefasst (Anhang: Literaturübersicht).

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

Zum anderen konnten zentrale Begriffe definiert werden (Kapitel 3), sowie eine umfassende Liste von zu diskutierenden Indikatoren zur outcomeorientierten Performancemessung erstellt werden (Anhang: Indikatorenbeschreibung<sup>59</sup>).

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

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

---

<sup>59</sup> Die Beschreibung der Indikatoren beinhaltet den im Zuge der Projektrecherchen gewonnen Kenntnisstand des Projektteams. Auf eine abschließende Qualitätssicherung dieser Beschreibungen durch externe Expertinnen und Experten musste infolge terminlicher Engpässe leider verzichtet werden. Irrtümer sind demnach vorbehalten.

- **Rahmenbildende Aspekte des österreichischen Gesundheitssystems**

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

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

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

Beim zweiten Termin (5./6.11.13) wurden die übergeordneten Indikatoren anhand der definierten Kriterien von den SV-Trägerexpertinnen und -experten und der Projektgruppe gemeinsam im Konsensverfahren bewertet.

Die Detailindikatoren, die spezifisch den gesundheitlichen Outcome bei einzelnen Krankheiten oder für bestimmte Zielgruppen messen, wurden bei einem dritten Termin bearbeitet (25./26.02.2014).

- **Externe Qualitätssicherung:**

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

## 6.2 Bewertungsschema für Indikatoren

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

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

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

### 6.2.1 Inhaltliche Bewertung – Grundsätzliche Wichtigkeit des Indikators

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

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

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

### 6.2.2 Durchführbarkeit der Messung und Qualität der Daten

- Daten-Verfügbarkeit
- Daten-Aktualität
- Internationale und regionale<sup>60</sup> Vergleichbarkeit
- Ausreichende Fallzahlen für Statistiken und Stratifizierung
- Aufwand der SV für Datensammlung und Indikatorenberechnung
- Reliabilität: Statistische Messfehler und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse

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

Indikatoren der Kategorie A erfüllen alle Kriterien positiv. In die Kategorie B wurden jene Indikatoren gegeben, die zwar berechnet werden können bzw. bereits berechnet werden, die jedoch in anderen Bereichen der Datenqualität Schwächen aufweisen. Kategorie C Indikatoren sind derzeit noch nicht verfügbar, die Erschließung bzw. Schaffung der Datengrundlage wird jedoch empfohlen, wenn der Indikator im Bereich der inhaltlichen Bewertung in der Gruppe 1 ist (nur positive Bewertungen).

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

---

<sup>60</sup> Bundesländer

6.2.3 Schema der Indikatorenbewertung

LEGENDE		Durchführbarkeit der Messung & Datenqualität		
		Kategorie A = Alle Kriterien positiv bewertet	Kategorie B = Verfügbarkeit positiv; mit daten- technischen Schwächen	Kategorie C = Verfügbarkeit negativ
<b>Inhaltliche Bewertung - Grundsätzliche Wichtig- keit des Indikators</b>	<b>Note I =</b> nur positive Bewer- tungen <sup>61</sup>	<b>Empfehlung</b>	<b>Empfehlung</b>	<b>Empfehlung zur Schaffung der Datengrundlage</b>
	<b>Note II =</b> leicht negative Be- wertungen <sup>62</sup>	<b>Empfehlung</b>	<b>Empfehlung, da kein besserer Indikator identifiziert werden konnte</b>	<b>Nicht empfohlen</b>
	<b>Note III =</b> stark negative Be- wertungen <sup>63</sup>	<b>Nicht empfohlen</b>	<b>Nicht empfohlen</b>	<b>Nicht empfohlen</b>
<b>IV = Indikator wurde ausgeschieden</b>		ungeeignet zur Outcome-Messung, oder in anderen Indikator integriert und daher nicht bewertet		

<sup>61</sup> Nur Noten 1 oder 2

<sup>62</sup> Einzelne Noten 3

<sup>63</sup> Über 50% Noten 3 oder 4

## 6.2.4 Erläuterungen zu den Bewertungskriterien

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

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

## 7 Ergebnisse

### 7.1 Beschreibung des Frameworks

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

Die übergeordneten Ziele des Gesundheitssystems aus Sicht der Sozialversicherung lauten:

- Lange Leben bei guter Gesundheit
- Soziale Sicherheit und Chancengleichheit<sup>64</sup>
- Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten bzw. der Bevölkerung<sup>65</sup>
- Gute Qualität

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

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

Bereiche der Performancemessung aus Sicht der Sozialversicherung:

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

---

<sup>64</sup> Fairness in Finance and Access

<sup>65</sup> Erfüllt das System die Erwartungen z.B. bezüglich Arzt-Patienten-Kommunikation, Menschlichkeit, Patientenzentriertheit, Empowerment, Gesundheitskompetenz, etc.

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

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

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

	<b>Funktion a</b>	<b>Funktion b</b>
<b>Bereich 1</b>	Feld 1a	Feld 1b
<b>Bereich 2</b>	Feld 2a	Feld 2b
...	...	...
<b>Bereich 7</b>	Feld 7a	Feld 7b

**Abbildung 7: Framework, schematische Darstellung**

Mithilfe des erstellten Frameworks wurden die Funktionen und Aufgabenbereiche des Gesundheitssystems in ein analytisches Rahmenwerk eingeteilt. Durch diese künstliche Reduktion der Komplexität des Gesundheitssystems auf der Ebene der Systemziele sollte Übersichtlichkeit erzeugt werden um zu verhindern, dass relevante weiße Flächen auf der Performance-Landkarte entstehen. Zusätzlich wird mit Hilfe des Frameworks eine Brücke geschlagen zwischen den Werten des Gesundheitssystems und den zahlreichen Indikatoren. Performancemessung braucht mehrere Indikatoren<sup>66</sup>, deren Zweck und Zusammenhang im Framework definiert sind.

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

Auf der folgenden Seite ist das Framework mit den Funktionen und Zielbereichen und den sich daraus ergebenden Aufgaben für das Gesundheitssystem befüllt dargestellt. Bezüge zu den Rahmen-Gesundheitszielen und dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag sind hervorgehoben. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die jeweiligen Indikatoren an dieser Stelle noch nicht enthalten. Für eine Gesamtschau inklusive der bewerteten und empfohlenen Indikatoren verweisen wir auf Kapitel 7.4.1.

<sup>66</sup> Stellen sie sich ein Auto vor, das mit Hilfe von Berechnungen alle Informationen für den Fahrer auf eine Kennzahl reduziert, mit der das Auto nun gesteuert werden soll. Würden Sie das Auto steuern wollen?

## 7.2 Framework – Übersicht ohne Indikatoren

Übergeordnete Ziele		Lange leben bei guter Gesundheit Soziale Sicherheit und Chancengleichheit Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten Gute Qualität	
Funktionen des Gesundheitssystems		Gesundheit stärken <i>vermeide pathogene und fördere salutogene Prozesse</i>	Krankheit behandeln <i>vermindere die Folgen pathogener Prozesse [siehe Rahmen-GZ 10]</i>
Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	1. Verringerung verfrühter Sterblichkeit	1. Verbessere die Gesundheitsdeterminanten <i>[siehe BZV 8.1 und 8.4.1] [siehe Rahmen-GZ 1,4,7,8]</i>	1. Vermeide vom Krankenbehandlungssystem beeinflussbare verfrühte Sterblichkeit
	2. Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen <i>[siehe Rahmen-GZ 9]</i>	2. Verbessere die Lebensqualität und präventive Betreuung chronisch Kranker	2. Verbessere die Betreuung chronisch Kranker <sup>67</sup> <i>[siehe BZV 8.1]</i>
	3. Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse	3. Hilf bei der Vermeidung von kurzen Krankheits-episoden	3. Hilf bei der adäquaten Behandlung und Wiederherstellung des Alltags nach akuten Krankheitsepisoden
	4. Zugang und Fairness <i>[siehe Rahmen-GZ 2]</i>	4. Ermögliche den Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten	4. Ermögliche den Zugang zu medizinischen Leistungen
	5. Förderung der Gesundheitskompetenz <i>[siehe BZV 8.1] [siehe Rahmen-GZ 3]</i>	5. Stärke die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention	5. Stärke die System- und krankheitsbezogene Gesundheitskompetenz
	6. Erhöhung der Patientensicherheit	6.	6. Achte auf eine sichere Behandlung und Umgebung <i>[siehe BZV 8.3]</i>
	7. Hohe Zufriedenheit <i>[siehe BZV 8.4]</i>	7. Stelle Zufriedenheit mit präventivem und gesundheitsförderlichem Angebot her	7. Stelle Zufriedenheit mit medizinischen Leistungen und gut empfundene Behandlung her <i>[siehe BZV 8.4]</i>

<sup>67</sup> Chronische Krankheiten sind definiert als: COPD, Asthma, Cardio-Vaskuläre Krankheiten, psychische Krankheiten, Diabetes

### 7.3 Indikatoren zur Bewertung

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

Das Projektteam hatte als selbst gestecktes Ziel, für jedes Feld des Frameworks zuerst nur wenige übergeordnete Indikatoren zur outcomeorientierten Performancemessung vorzuschlagen, die es ermöglichen relativ rasch einen guten Überblick über die Performance des Gesundheitssystems zu gewinnen. Diese Indikatoren werden als übergeordnete Indikatoren bezeichnet. Detailindikatoren, die sich auf einzelne Krankheiten oder spezielle ausgewählte Zielgruppen beziehen, wurden in einem späteren Arbeitsschritt verwertet. Außerdem wurden nur Indikatoren für die weitere Arbeit verwendet, die Outcomemessung ermöglichen.

Insgesamt konnten rund 130 potenzielle Indikatoren in die 14 Felder (7 Bereiche à 2 Funktionen) des Frameworks zugeordnet werden.<sup>68</sup>

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

Die Beschreibungen der 65 letztendlich empfohlenen Indikatoren sind dem Berichtsanhang zu entnehmen. Für jene Indikatoren, die aufgrund des Ergebnisses des Bewertungsprozesses mit den SV-Expertinnen und Experten nicht empfohlen werden, sind die Beschreibungen auf Anfrage bei den Autorinnen und Autoren dieses Berichts erhältlich. Aus Platzgründen sind diese nicht empfohlenen Indikatoren im vorliegenden Bericht nicht näher beschrieben.

### 7.4 Ergebnisse der Indikatorenbewertung

Von den übergeordneten Outcome-Indikatoren wurde einer beim Arbeitstreffen mit den SV-Trägerexpertinnen und -experten vor der Bewertung - bei der Besprechung der Indikatorenbeschreibung - als ungeeignet eingestuft und nicht bewertet. Drei weitere wurden in andere Indikatoren integriert (mit anderen Indikatoren kombiniert), und in neuer Konstellation bewertet.

Das Ergebnis der Indikatorenbewertung führte dazu, dass in zwei Feldern keine übergeordneten Indikatoren empfohlen werden. In den Feldern *Betreuung chronisch Kranker* und *Zugang zu präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten* konnten keine outcomeorientierten übergeordneten Performanceindikatoren identifiziert werden, die ausreichend positive Bewertungen der SV-Trägerexpertinnen und -experten erhalten haben (siehe 7.4.1). Hier besteht entweder Adjustierungsbedarf bei den im Projekt bewerteten Indikatoren oder es

<sup>68</sup> Ausnahme: Funktion „Gesundheit stärken“ des Bereichs Erhöhung der Patientensicherheit; da es in der Gesundheitsförderung und Prävention definitionsgemäß noch keine Patientinnen und Patienten gibt. Wir danken dem Projektkonungsausschuss an dieser Stelle für den Input, dass z. B. bei der präventiven Koloskopie die Bezeichnungen Patientin und Patient durchaus zutreffend sind.

müssten neue Indikatoren entwickelt werden. Konkret wird nun die Umsetzung von insgesamt 23 übergeordneten Indikatoren zur Performancemessung empfohlen.

Im Vergleich zu den übergeordneten Indikatoren wurde bei den Detailindikatoren im Zuge der Vorauswahl eine methodische Änderung vorgenommen. Die funktionale Trennung in *Gesundheit stärken* und *Krankheit behandeln* 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.

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

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

#### 7.4.1 Empfohlene und nicht empfohlene Indikatoren

Zuerst werden die empfohlenen übergeordneten und Detailindikatoren im Framework präsentiert. Danach erfolgt eine tabellarische Auflistung der weiteren bewerteten aber nicht empfohlenen Indikatoren – eingeteilt nach Art des Indikators und zugeordnetem Feld des Frameworks.

Tabelle 2: Empfohlene Indikatoren für Outcomemessung

Übergeordnete Ziele		Lange leben bei guter Gesundheit Soziale Sicherheit und Chancengleichheit Responsiveness bezüglich legitimer Erwartungen der Patientinnen und Patienten Gute Qualität	
Funktionen des Gesundheitssystems		Gesundheit stärken (Gesundheitsförderung und Prävention)	Krankheit behandeln (Krankenbehandlung)
Ziel-Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems	Verringerung verfrühter Sterblichkeit	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b>            Lebenserwartung bei Geburt            Gesunde Lebensjahre (HLY) bei Geburt</p> <p><b>Detailindikatoren</b>            Gesundheitswirksame Bewegung            Tabakkonsum            Trinkgewohnheiten            BMI            Geburtsgewicht &lt; 2500 g</p>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b>            Vermeidbare Sterblichkeit (MAHCS) vor 75            Verlorene Lebensjahre PYLL (gemäß OECD vor 70)            Durch vermeidbare Sterblichkeit (MAHCS) verlorene Lebensjahre (PYLL)</p> <p><b>Detailindikatoren</b>            Mortalität Herz-Kreislaufkrankungen              Ischämische Herzkrankheiten              Akuter Myokardinfarkt              Hirngefäßkrankheiten            Mortalität bösartige Neubildungen              der Brustdrüse              der Prostata              des Kolons              des Larynx, der Trachea, der Bronchien und der Lunge            Mortalität chronische Krankheiten der unteren Atemwege            Mortalität psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen            Säuglingssterblichkeit              Angeborene Fehlbildungen              Perinatale Affektionen              Totgeburten            Inzidenz und Prävalenz:              Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems              bösartige Neubildungen            Prävalenz:              Diabetes              Asthma</p>

			COPD Depression
--	--	--	--------------------

<b>Ziel-Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems</b>	<b>Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</b>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Subjektive Lebensqualität</p> <p><b>Detailindikatoren</b> Tabakkonsum bei COPD / Asthma Diabetiker/innen in strukturierter Betreuung Gesundheitswirksame Bewegung bei Diabetes Tabakkonsum bei Herz-Kreislaferkrankungen Gesundheitswirksame Bewegung bei Herz-Kreislaferkrankungen Stationäre Wiederaufnahme Psychiatrie</p>	<i>Aufteilung der Indikatoren nach GF, Prävention und Behandlung für chron. Erkrankungen nicht sinnvoll.</i>
	<b>Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse</b>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Anteil der Beschäftigten, die Ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen Durchimpfungsrate Influenza bei über 65-Jährigen Durchimpfungsrate Kinder (MuKiPa)</p>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Anteil der Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt</p> <p><b>Detailindikatoren</b> Schlaganfall – Wiederaufnahmerate Akuter Myokardinfarkt - Wiederaufnahmerate</p>
	<b>Zugang und Fairness</b>	<i>Entwicklung von Indikatoren empfohlen</i>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch Out of pocket Zahlungen Wartezeiten (extramural, ambulant, stationär: OP)</p>
	<b>Förderung der Gesundheitskompetenz</b>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Genereller Health Literacy Index Prävention Literacy Index</p>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Health Care Literacy Index</p>
	<b>Erhöhung der Patientensicherheit</b>	<i>Keine Indikatoren zur Patientensicherheit vorgeschlagen, da es in der Funktion Gesundheit stärken keine „Patienten“ gibt.</i>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Schwere oder tödliche Zwischenfälle Postoperative Komplikationen (Risiko-adjustiert)</p> <p><b>Detailindikatoren</b> Stationäre Aufnahme aufgrund von Arzneimittelinteraktionen PIM-Medikation von Älteren Nosokomiale Infektionen und antimikrobielle Resistenzen</p>
	<b>Hohe Zufriedenheit</b>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Subjektiver Gesundheitsstatus der Bevölkerung</p>	<p><b>Übergeordnete Indikatoren</b> Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung (Allgemeinmedizin extramural)</p> <p><b>Detailindikatoren</b> Zufriedenheit mit Katarakt-OP Zufriedenheit mit Hüftprothesen-OP Zufriedenheit mit Knieprothesen-OP</p>

Die folgende Tabelle 3 enthält die im Zuge der Workshops bewerteten Indikatoren, deren Bewertungsergebnisse gemäß dem Schema der Indikatorenbewertung (siehe 6.2.3) nicht zur Umsetzungsempfehlung geführt haben.

**Tabelle 3: Nicht empfohlene Outcome-Indikatoren**

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
Anteil Chroniker in präventiver Behandlung YLD (Years lived with disabilities) von Chronikern Anzahl anerkannte Berufskrankheiten (AUVA) Potenziell verlorene Lebensjahre von Chronikern Vermeidbare stationäre Aufenthalte (ACSC) von Chronikern Wiederaufnahmerate Schizophrenie und bipolare Störungen 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
Anzahl Betriebe mit BGF-Gütesiegel Anzahl anerkannte Schadensfälle (AUVA) Durchimpfungsrate FSME Patient reported Outcome Measures (PROM) für elektive Eingriffe Krankenhaus Wiederaufnahmeraten innerhalb 14 Tage Schlaganfall – Wiederherstellung (Rankin) Schlaganfall – Mortalität (30 Tage) Akuter Myokardinfarkt – Mortalität (30 Tage) ACSC – potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte

<b>Bereich 4: Zugang und Fairness</b>
Krebsscreening (Mamma, Kolon, Cervix) Inanspruchnahme Inanspruchnahme Vorsorgeuntersuchung Terminwartezeiten extramural und OP Anteil der Haushalte mit mehr als 10 Min Distanz zum Hausarzt Anteil der Haushalte mit mehr als 30 Min Distanz zum Krankenhaus
<b>Bereich 5: Förderung der Gesundheitskompetenz</b>
Gesundheitsförderung-Literacy Index
<b>Bereich 6: Erhöhung der Patientensicherheit</b>
Subjektive Einschätzung unerwünschter Ereignisse Gemeldete Fehler und Beinahe-Fehler Zwischenfälle bei präventiven Untersuchungen Überdiagnostik bei Screeninguntersuchungen Komplikationsrate – Anästhesie Wrong site surgery Transfusionsreaktion Hüftfraktur im Krankenhaus Medikamentenassoziierte Hüftfraktur
<b>Bereich 7: Hohe Zufriedenheit</b>
Zufriedenheit der TeilnehmerInnen an Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem (ATHIS neu) Zufriedenheit mit Leistenhernien-OP Zufriedenheit mit Varizen-OP

#### 7.4.2 Externe Qualitätssicherung durch die Gesundheit Österreich GmbH

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

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

## 8 Zusammenfassung und Empfehlungen

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass 23 übergeordnete und 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 7.2). Das Projektteam empfiehlt, für diese Felder Indikatoren zu entwickeln.

Das Ergebnis der empfohlenen Indikatoren 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 Gesundheitsbefragung<sup>69</sup> zurückgegriffen werden, welche zurzeit in einer zweiten Welle<sup>70</sup> durchgeführt wird. Andere Indikatoren, wie beispielsweise die Mortalitätsindikatoren, werden routinemäßig erhoben bzw. berechnet. Ein Zeitreihenvergleich ist somit bei diesen Indikatoren möglich. Einzelne Indikatoren, wie z.B. der Anteil der Beschäftigten, die ihre Gesundheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen, gehören nicht zum typischen Aufgabenfeld der Sozialversicherung oder des Gesundheitssystems. Für diese Indikatoren ist eine Vernetzung im Sinne einer Health in all Policies mit anderen Politik- oder Verwaltungsbereichen geboten, um den Zugang zu geeigneten Outcomes-Indikatoren aus diesen Bereichen offen zu halten bzw. um gestalterisch an Indikatorberechnung teilhaben zu können.

Manche Indikatoren 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:

- Subjektive Lebensqualität chronisch Kranker
- Wartezeiten: extramural, ambulant, stationär
- Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung: Allgemeinmedizin (extramural)
- Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Subjektive Zufriedenheit mit OP: Katarakt, Knieprothese, Hüftprothese

---

<sup>69</sup> Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Statistik Austria

<sup>70</sup> ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria, (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)

## 9 Vom Outcome zur Performance

Die gesundheitlichen Outcomes sind neben anderen Aspekten<sup>71</sup> ein wesentlicher Teil der Performance eines Gesundheitssystems.<sup>72</sup> Eine Weiterentwicklung der Outcomemessung in Richtung umfassender Performancemessung erscheint längerfristig sinnvoll und notwendig. In diesem Kapitel werden Ansätze internationaler Good-Practice Beispiele zur Performancemessung und darauf aufbauend eigene Gedanken zum Ausbau der Outcomemessung in Richtung Performancemessung präsentiert. Der Fokus liegt dabei auf der Frage, was theoretisch möglich, sinnvoll und notwendig ist und nicht auf der praktischen Umsetzung, die bislang auch international noch nicht erfolgt ist.

Fertige Lösungen für die Einbettung der Outcomemessung in die Performancemessung können wir nicht anbieten. Wir erläutern die Richtung, die diese Auseinandersetzung haben kann. Zusammenfassend treten folgende Herausforderungen zutage.

### 9.1 Health in all Policies-Ansatz

Gemäß dem Health in all Policies<sup>73</sup> (HiAP) Ansatz finden sich die wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit – die sog. Gesundheitsdeterminanten – außerhalb des Zuständigkeitsbereichs des gesundheitlichen Versorgungssystems. Demnach greifen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu kurz, welche ausschließlich im Gesundheitsbereich gesetzt werden.<sup>74</sup> Folglich kann auch ein Messmodell wie das SV-Outcomes-Framework, dessen Indikatoren bewusst noch großteils auf die klassischen Aufgabenbereiche des Gesundheitssystems fokussieren, keine umfassende Erklärung für die Veränderung der Outcomes im Zeitverlauf oder für die Unterschiede der Outcomes im regionalen und internationalen Vergleich liefern.

Im HiAP-Ansatz wird betont, dass die Förderung der Gesundheit in allen Politikfeldern in der langfristigen Perspektive die größte Veränderung bei den Outcomes erwirkt. Dieser Gedankengang wurde im SV-Outcomes-Framework aus methodischen Gründen<sup>75</sup> bewusst noch nicht umgesetzt. Viele die Outcomes bedingende Faktoren können derzeit noch nicht durch Indikatoren erfasst werden. Ihre Erhebung wäre für eine reflektierte Beurteilung der Performance des Gesundheitssystems aber erforderlich.

Neben dem Bedarf nach weiterer Abstimmung mit Public Health Expertinnen und Experten bestünde hier die Notwendigkeit einer Vernetzung mit anderen Politik- und Verwaltungsbereichen, um die Messbarmachung dorthin auszudehnen. Dieser sinnvolle Ausbau übersteigt

<sup>71</sup> Inputs, Throughputs, Outputs, Effektivität, Effizienz etc.

<sup>72</sup> Zur näheren Erläuterung der Begriffe „Performance“ und „Outcome“ siehe Kap. 3

<sup>73</sup> "Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts, in order to improve population health and health equity." (<http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>)

<sup>74</sup> Gesundheit nachhaltig fördern, Soziale Sicherheit September 2010

<sup>75</sup> Schrittweise Annäherung an ein komplexes Thema: Sichtung der Literatur, Erarbeitung eines Messkonzepts, Erprobung der Messbarkeit. Zur notwendigen Reduktion der Komplexität wurden diese Bausteine zuerst auf den Kernbereich der Outcomes angewendet.

jedoch sowohl die Kapazitätsgrenzen des Projektteams als auch die Zielvorgabe seitens der SV-BSC.

Offen ist auch, inwieweit in anderen Politik- und Verwaltungsbereichen der HiAP-Ansatz bereits Fuß gefasst hat und wie groß dort die Bereitschaft zur Konzeption eines erweiterten Performance-Frameworks zum Thema Gesundheit wäre. Ferner stellen wir infrage, ob in den anderen Politik- und Verwaltungsbereichen, in deren Aufgabenbereiche die Gesundheitsdeterminanten liegen, welche nicht vom Gesundheitssystem geregelt werden, ein ausreichender Status quo an Routinedaten besteht, der für Indikatorenentwicklung nutzbar gemacht werden könnte.

## 9.2 Ursache – Wirkungsmodelle

Im vorigen Abschnitt wurden Argumente für die derzeit bewusste Konzentration des SV-Outcomes-Frameworks hauptsächlich auf die Kernbereiche des Gesundheitssystems genannt. Zusätzlich erschwert der Mangel an ausgefeilten, adaptierbaren Ursache-Wirkungsmodellen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Outcomes ebenfalls die Erweiterung des Outomes-Frameworks zu einem Performance-Framework. Bislang wurde die Aufgabe der Integration bzw. Kombination von Indikatorenmonitoring und elaborierten Ursache-Wirkungsmodellen in der Fachliteratur nicht gelöst.

Die Versorgungsforschung im Stil des Pfaff'schen Ansatzes<sup>76</sup> verwendet lediglich ein vereinfachtes Wirkmodell in Richtung Outcomes. Es denkt in zeitlichen Abfolgen, ohne Fristen und Wirkketten zu definieren. Im Rahmen des HiAP-Ansatzes ist in der Public Health ein höheres Reflexionsniveau üblich.<sup>77</sup> Aufgrund der Komplexität dieser Modelle und der Menge an Stakeholdern und Dateneigentümern mangelt es den zum Teil vorhandenen Performance-Frameworks oder Ergebnismodellen an handfesten Indikatoren. Weiters sei angemerkt, dass die bekannten Wirkmodelle, in denen die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsdeterminanten und Outcomes schematisch dargestellt sind, einen starken Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung legen und den Bereich der Krankenbehandlung ihrerseits ausklammern.

Als Beispiel für ein Performance-Framework sei hier zunächst jenes des Kanadischen Gesundheitssystems<sup>78</sup> erwähnt (Abb. 8). Dort werden neben den Outcomes auch Outputs, Inputs und verschiedene Kontexte schematisch dargestellt. Außerdem werden die zentralen Konzepte und Begriffe inhaltlich näher erläutert. Die Messbarmachung dieser Begriffe anhand konkreter Indikatoren ist jedoch noch ausständig.

*„This framework is the foundation for the development of an integrated health system performance reporting and improvement initiative (...).“<sup>79</sup>*

Die Autorinnen und Autoren wollten vorerst das Framework zur Akzeptanz bringen, um in weiterer Folge durch ein gemeinsames Verständnis von Performance das sog. „indicator chaos“ zu reduzieren. Die Idee von vernetzten Wirkketten ist durch Pfeilsymbole bereits angedeutet (Abb.8). Ob und wie die angenommenen Wirk-Ketten mit Hilfe von konkreten Indi-

<sup>76</sup> Siehe S. 7

<sup>77</sup> Ergebnismodell, Gesundheitsförderung Schweiz

<sup>78</sup> [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HSP\\_Framework\\_Technical\\_Report\\_EN.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf)

<sup>79</sup> A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System, S.13

katoren hinsichtlich Größe und Richtung der Wirkung überprüft werden können, ist noch nicht erwähnt.

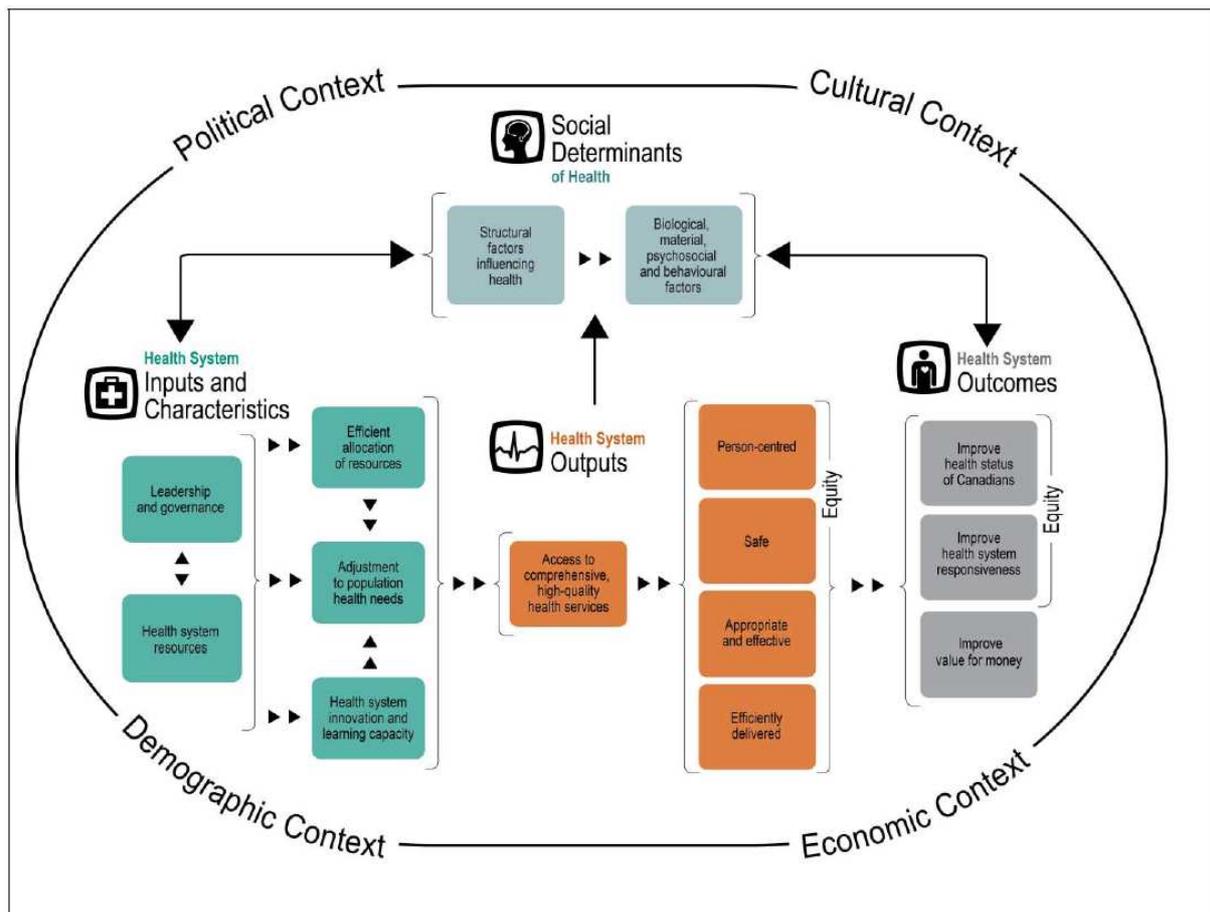


Abbildung 8: Framework zur Performancemessung des Kanadischen Gesundheitssystems<sup>80</sup>

Als weiteres Beispiel für ein Performance-Modell mit Ursache-Wirkungs Charakter soll die Weiterentwicklung des bekannten Outcome-Modells für Gesundheitsförderung von Dun Nutbeam dienen, dessen Entwicklung von der Gesundheitsförderung Schweiz<sup>81</sup> Ende 2002 begonnen wurde (Abb. 6). Es geht davon aus, dass der gesundheitliche Outcome auf Bevölkerungsebene durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht direkt sondern über Zwischenstufen, d.h. über die Gesundheitsdeterminanten beeinflusst wird. Diese Zwischenstufen bzw. Zwischenziele sollen leichter messbar sein als der Outcome an sich.

Ebenso wie das zuvor genannte kanadische Performance Framework klammert das Schweizer Ergebnismodell den Bereich des Versorgungssystems dabei vollständig aus. Es bietet jedoch für die einzelnen Säulen der Ursache-Wirkungskette beispielhaft Indikatorenüberschriften an und ähnlich wie beim kanadischen Modell ist näher spezifiziert, wie der Begriff der Gesundheit verstanden bzw. gemessen werden soll. Jedoch erfolgt außerhalb der exemplarischen Nennung einzelner möglicher Indikatoren, die jeweils einen konkreten Bezug zu ausgewählten Gesundheitsförderungsmaßnahmen aufweisen, keine zusammenfassende Darstellung in Bezug auf die Performance des gesamten Gesundheitssystems. Vielmehr ist

<sup>80</sup> A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System, S.3

<sup>81</sup> www.gesundheitsfoerderung.ch & www.quint-essenz.ch

das schweizer Wirkmodell dafür vorgesehen, für jedes konkrete Projekt der Gesundheitsförderung oder Prävention im Einzelfall adaptiert und mit Indikatoren bestückt zu werden.

„Das Ergebnismodell ist ein Qualitätsentwicklungsinstrument, das auf verschiedenen Ebenen eingesetzt werden kann: auf Projektebene, auf Programmebene, auf Institutionsebene oder gar zur Planung und Evaluation von kantonalen oder nationalen Strategien. Auf diesen verschiedenen Ebenen kann das Ergebnismodell für die Situationsanalyse, die Planung, die Steuerung, die Evaluation, für den Wirkungsnachweis und damit auch zur Legitimation der eingesetzten Gelder gegenüber der Öffentlichkeit eingesetzt werden. Ein weiterer Nutzen besteht darin, einzelne Projekte, Programme oder Institutionen in einem übergeordneten Rahmen und im Vergleich mit anderen Projekten, Programmen oder Institutionen klarer positionieren zu können.“<sup>82</sup>

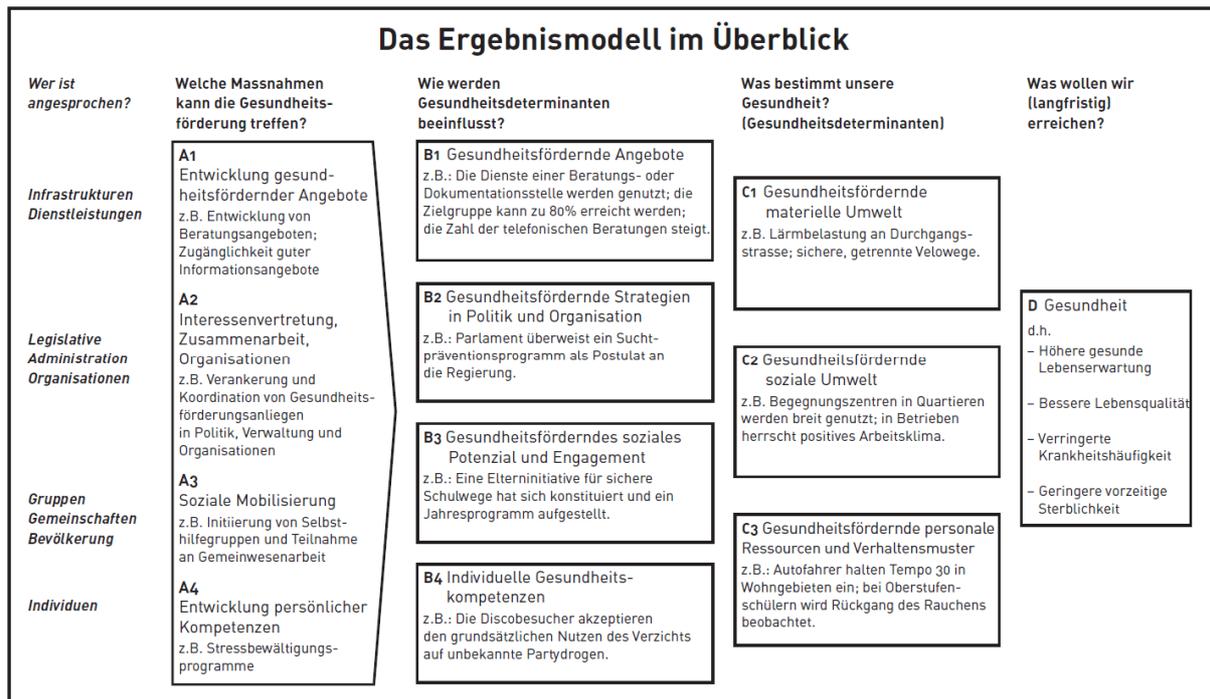


Abbildung 9: Das Schweizer Ergebnismodell<sup>83</sup>

Die Performance von Gesundheitssystemen messen zu wollen, bedeutet, die Fragestellungen zu beantworten, ob ein Gesundheitssystem seine Ziele erreicht, welcher Aufwand dazu nötig ist und wodurch die Zielerreichung maßgeblich beeinflusst werden kann. Dies mit Hilfe eines einzigen Frameworks bzw. eines einzigen Monitoringsystems zu bewerkstelligen, erscheint vor dem Hintergrund der Komplexität und dem aktuellen Stand der internationalen Literatur derzeit noch als ungelöste und womöglich unlösbare Aufgabe.

<sup>82</sup> www.quint-essenz.ch, Ein Angebot von Gesundheitsförderung Schweiz, Ergebnismodell Version 1.1, 21.04.2006

<sup>83</sup> Gesundheitsförderung und Prävention stärken, S. 72

### 9.3 Effektivität und Effizienz als zentrale Kriterien der Performance-messung

Ohne eine übereinkommende klare Definition der Ziele, die vom Gesundheitssystem oder hinsichtlich der gesundheitlichen Outcomes erreicht werden sollen, können keine Aussagen zur Effektivität getroffen werden. Daraus leitet sich die politische Aufgabe der Visionsentwicklung als Ausgangsbasis der Performancemessung ab.

Um die Effizienz des österreichischen Gesundheitssystems bewerten zu können, müsste das Outcomes-Framework unter anderem um relevante Inputfaktoren aus allen betroffenen Systemteilen im Sinne des HiAP-Ansatzes erweitert werden. Zur Frage der Verfügbarkeit von relevanten Routinedaten aus anderen Politik- und Verwaltungsbereichen siehe 9.1.

Durch eine Erweiterung des Outcomes-Frameworks zu einem Performanceframework würde sich die Komplexität des Messsystems enorm erhöhen. Eine Gesamtdarstellung auf einen Blick wäre unmöglich. Dies kann nur oberflächlich erfolgen, ohne die Ebene konkreter Indikatoren zu berücksichtigen. Denn jeder einzelne Outcome-Indikator repräsentiert das Ergebnis mehrerer Wirkketten (gesundheitlicher Outcome wird nicht nur vom Gesundheitsversorgungssystem beeinflusst) mit jeweiligen Input-, Struktur-, Prozess- und Outputfaktoren.

Die Fokussierung auf einige zentrale Kennzahlen in einem Outcomes-Framework dient demnach der Reduktion von Komplexität, um einen Überblick zu ermöglichen. Gleichzeitig wird dadurch den erwähnten Interdependenzen und der Gesamtheit der Fragestellung nicht ausreichend Rechnung getragen und potenzielle Fehlschlüsse bei ad-hoc Interpretationen sind soweit wie möglich zu berücksichtigen.

### 9.4 Ein möglicher Weg: Pfadanalyse einzelner Wirkketten

In den vorigen Abschnitten wurde erläutert, welche derzeit noch ungelösten Herausforderungen sich ergeben, sobald Outcomemessung zur Performancemessung ausgebaut werden soll. Folgender Ansatz stellt eine Möglichkeit dar, sich einem Teil der genannten Aufgaben zu widmen, um auf diese Weise mehr über die tatsächliche Praktikabilität der Performancemessung zu erfahren.

Denkbar wäre ein Perspektivenwechsel: Weg vom Überblick auf mehrere Outcome-Indikatoren hin zum Fokus auf einen ausgewählten Outcome-Indikator. In Anlehnung an das schweizer Wirkmodell (Abb. 9) müssten theoretische Vorüberlegungen zu den verschiedenen Wirkketten erfolgen, die in diesem einen Outcome-Indikator münden. In Analogie zu der in den empirischen Sozial- und Wirtschaftswissenschaften verwendeten Pfadanalyse<sup>84</sup> müssten die theoretisch begründeten Einflussfaktoren in eine inhaltlich und zeitlich logische Wirkkette gestellt werden. Dabei sollten Interdependenzen der Einflussfaktoren soweit wie möglich ebenfalls berücksichtigt werden.

<sup>84</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Pfadanalyse> oder auch <http://de.wikipedia.org/wiki/Strukturgleichungsmodell>

Um Ausmaß und Richtung der Einflüsse im Pfadmodell schätzen zu können, wäre als nächster Schritt die Punktmessung der einzelnen Glieder der Wirkkette anhand von Indikatoren nötig und zwar in zeitlich sinnvoller Reihenfolge; d.h. die dem Modell des Wirkmechanismus entsprechend theoretisch nachgereihten Indikatoren müssten mit zeitlich späteren Messzeitpunkten versehen werden.<sup>85</sup>

Als besondere Herausforderung bei der Operationalisierung der einzelnen Glieder der Wirkketten sei hiermit nochmals auf die zu erwartende Schwierigkeit verwiesen, auf ausreichend gute Quellen an Routinedaten in anderen Politik- und Verwaltungsbereichen zugreifen zu können. Je besser die Datenverfügbarkeit ist, desto sorgfältiger kann das Messmodell ausgearbeitet werden.

Ferner sei angemerkt, dass sich nicht jeder Outcome-Indikator als Zielvariable einer Pfadanalyse eignet und im zeitlichen Verlauf der Outcome zum Input werden kann: Eine höhere Lebenserwartung führt in Kombination mit niedrigen Geburtenraten zum sog. Altern der Bevölkerung. Dadurch verändern sich unter anderem die Anforderungen an das Gesundheitssystem. Die höhere Lebenserwartung ist zum einen ein Outcome-Parameter und zum anderen ein Performance-Input.

Trotz der zu erwartenden Herausforderungen und der nötigen methodischen Einschränkungen einer derartigen Pfadanalyse könnte die konkrete Anwendung auf ausgewählte Outcome-Indikatoren das Verständnis über plausible Wirkketten erhöhen und nützliche Erfahrungen hinsichtlich der Beeinflussbarkeit der Outcomes durch das Gesundheitssystem liefern.

---

<sup>85</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Kausalität>

## 10 Internationale Vergleichsländer

In diesem Abschnitt wird thematisiert, welchen Kriterien Staaten genügen müssen, um als aussagekräftige Vergleichsländer verwendet werden zu können:

- Ein vergleichbares BIP/Kopf<sup>86</sup> (kaufkraftbereinigt in PPP): arme Nationen haben meist 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.
- Die Gleichartigkeit bzw. Ähnlichkeit des Gesundheitssystems ist keine Voraussetzung, da beim Vergleich von Outcomes ja gerade dies interessiert, ob ein anderes System zu unterschiedlichen Outcomes führt.

Als internationale Vergleichsländer werden wir aus obigen Gründen die EU-15 sowie Schweiz und Norwegen verwenden.<sup>87</sup> Es gibt auch außerhalb Europas eine Reihe von Ländern mit gemessen am BIP vergleichbarer Wirtschaftsleistung (Australien, Kanada, Saudi-Arabien, Singapur, USA). Diese Länder unterscheiden sich jedoch in vielerlei Hinsicht so deutlich von Österreich (Demografie, Klima, Kultur, usw.), dass die Vergleichbarkeit bzw. ein sinnvolles Benchmarking eher fraglich erscheinen. Zusätzlich kann der Zugriff auf unterschiedliche Datenquellen die internationale Vergleichbarkeit beeinträchtigen. Bei einem Vergleich innerhalb der EU-15 (+CH und NO) können die Daten von Eurostat, der OECD und ähnlichen Einrichtungen eher eine internationale Vergleichbarkeit gewährleisten.

Neben dem BIP als Richtschnur des sinnvollen Vergleichs wird der Gini-Koeffizienten des verfügbaren Äquivalenzeinkommens als Maßzahl der Einkommens-Ungleichverteilung ebenfalls berücksichtigt. Dem Hinweis, dass für einen korrekten Vergleich von Gini-Koeffizienten einzelner Länder die Berechnungsmethodik einheitlich sein muss, wird durch die Verwendung der EU-SILC Daten<sup>88</sup> genüge getan.

Aus internationalen Vergleichen kann unter Umständen Handlungsbedarf für ein Gesundheitssystem abgeleitet werden, wobei dieser Bedarf in der Regel nur abstrakt ist. Es bleibt oft bei einer eher unkonkreten Aufforderung oder Willensbekundung, da die verglichenen Indikatoren zu aggregiert für eine konkrete Maßnahmenentwicklung sind.

Internationale Vergleiche können die politische Arbeit, konkrete Visionen für das Gesundheitssystem in seinen Funktionen und Bereichen zu definieren, unterstützen aber nicht ersetzen. Ohne Visionsfindung wird lediglich ein relatives Besser-Sein als Ersatz für eine inhaltlich bestimmte Definition von Gut-Sein angestrebt. In Österreich sind die konkreten Visionen für das Gesundheitssystem zum einen in den zehn Rahmen-Gesundheitszielen zu finden. Und zum anderen sind im Bundes-Zielsteuerungsvertrag<sup>89</sup> strategische Ziele (Artikel 5) und Visionen (Artikel 2) enthalten.

<sup>86</sup> Brutto-Inlandsprodukt (GNP – Gross national product)

<sup>87</sup> EU-Mitgliedsstaaten vor der Osterweiterung 2004

<sup>88</sup> [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc\\_di12&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_di12&lang=de)

<sup>89</sup> Und in den darauf aufbauenden Landes-Zielsteuerungsverträgen

Ein Monitoringsystem kann Unterschiede zwischen Nationen aufzeigen, es kann keine Gründe für diese Unterschiede angeben. Die Arbeit der Begründung, Interpretation und Ableitung von Maßnahmen wird durch das Monitoringsystem idealerweise zumindest auf definierte Bereiche des Frameworks begrenzt.

## 11 Berechnung und Präsentation der übergeordneten Indikatoren

Wir werden in einem weiteren Arbeitsschritt die von uns vorgeschlagenen übergeordneten Indikatoren berechnen bzw. recherchieren und für die Ergebnisse die möglichst optimale grafische Darstellungsform suchen. Hierbei werden wir nur für jene Indikatoren Ergebnisse präsentieren, deren Verfügbarkeit bereits gegeben ist. Auf die Zahlenwerte der empfohlenen Detailindikatoren werden wir dabei nicht eingehen.

Das Ziel unseres Vorgehens ist es, Erfahrungen mit der konkreten Indikatorenberechnung und der grafischen Ergebnisdarstellung zu sammeln. Die Herausforderung bei den übergeordneten Indikatoren liegt weniger bei der Berechnung bzw. der Recherche der Indikatoren. Die größere Aufgabe wird sein, eine für die jeweilige Zielgruppe passende grafische Darstellungsform zu finden, um Fehlinterpretationen möglichst vorzubeugen.

Die Ergebnisse dieses weiteren Arbeitsschrittes werden in einem separaten Band publiziert. Dabei sollen die konkreten Zahlenwerte der Indikatoren mithilfe des SV-Outcomes-Frameworks in einen interpretativen Rahmen gestellt werden, um dem vom Canadian Institute for Health Information erwähnten „indicator chaos“ (Abschnitt 9.2) entgegenzuwirken.

## Anhang

# Indikatoren-Beschreibungen

Im folgenden Anhang sind nur die Beschreibungen der 65 empfohlenen Indikatoren angeführt. Aus Platzgründen wird auf die Präsentation der Beschreibungen der nicht empfohlenen Indikatoren verzichtet; diese sind auf Anfrage bei den Autorinnen und Autoren dieses Berichts erhältlich. Die Indikatorenbeschreibungen im Anhang sind wie folgt gruppiert und gegliedert:

Ebene 1: Ziel-Bereiche 1 bis 7 des Frameworks

Ebene 2: Übergeordnete Indikatoren vor Detailindikatoren

---

Die Beschreibung der Indikatoren beinhaltet den im Zuge der Projektrecherchen gewonnen aktuellen Kenntnisstand des Projektteams. Irrtümer sind vorbehalten. Ebenso ist es möglich, dass sich bei einzelnen Indikatoren Änderungen durch die jeweils dafür zuständigen Institutionen ergeben. Über die Dauer der Gültigkeit der einzelnen Beschreibungen kann daher keine Aussage getroffen werden.

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Lebenserwartung bei Geburt</b>
Langform der Bezeichnung	Lebenserwartung bei Geburt
Zuordnung im Framework	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Gesundheit stärken  Anmerkung: Sind alle Gesundheitsdeterminanten auf Ihrem Optimum, ist die Lebenserwartung hoch.
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Der Indikator Lebenserwartung bei Geburt beschreibt die Anzahl der zum Zeitpunkt der Geburt statistisch zu erwartenden Lebensjahre.  Es ist ein Indikator auf Bevölkerungsebene, der aus den Angaben in der sog. Sterbetafel ermittelt wird.
Datenquellen	Sterbetafel von Statistik Austria (kombiniert aus Statistik der Sterbefälle und dem Bevölkerungsstand)
Aktualität und Periodizität	Die Sterbetafeln werden je Bundesland jährlich berechnet.
Berechnungsmethode	Man benötigt grundsätzlich 2 Informationen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen über die Mortalität = Anzahl der Verstorbenen (pro Kalenderjahr) je Altersstufe (0 bis 100) und</li> <li>• die Anzahl der Lebenden in der jeweiligen Altersstufe (laut Bevölkerungsstatistik)</li> </ul> <p>Beide Informationen müssen aus demselben Jahr (denselben Jahren) sein. Daraus wird für jede Altersstufe (Alterskategorie) durch Division der Anzahl der Verstorbenen durch die Anzahl der Lebenden die Wahrscheinlichkeit (=rel. Häufigkeit) berechnet, in der jeweiligen Alterskategorie zu versterben. Umgelegt auf eine 100.000 Standard-Population ergibt sich daraus die Sterbetafel.</p> <p>Die Lebenserwartung bei Geburt ist die fernere Lebenserwartung im Alter von 0 Jahren.</p>
Stratifizierbarkeit	Geschlecht Bundesland  Üblich sind Lebenserwartung bei Geburt, (mit 50 Jahren) und mit 65 Jahren
Verwendung	Statistik Austria, Eurostat, WHO, OECD, etc.
Referenzen	<a href="http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_maszahlen/sterbetafeln/index.html">http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_maszahlen/sterbetafeln/index.html</a>  <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&amp;init=1&amp;language=de&amp;pcode=tps00025&amp;plugin=1#">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&amp;init=1&amp;language=de&amp;pcode=tps00025&amp;plugin=1#</a>
Anmerkungen	Statistik Austria (04.10.2013): „Seit dem Jahr 2002 beruht die Bevölkerungsstatistik (Bevölkerungsstand) auf dem Bevölkerungsregister der Statistik Austria, welches aus dem Zentralen Melderegister gespeist wird. Sie steht somit weitgehend auf der gleichen Basis wie die Registerzählung (zuletzt 2011). Somit sind nach einer Registerzählung keine gravierenden Revisionen der Bevölkerungszahlen notwendig und die jährlichen Sterbetafeln bilden die Sterblichkeitsentwicklung deutlich besser ab. Tatsache ist aber weiterhin, dass die jährlichen Sterbetafeln nur die Sterblichkeitsverhältnisse eines Kalenderjahres abbilden und somit <b>Zu-</b>

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

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

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Aktualität und Periodizität	Der Indikator wird von Statistik Austria unter der Bezeichnung „ <i>Lebenserwartung ohne funktionale Beeinträchtigung</i> “ berechnet. Er steht derzeit (04.10.2013) von 2003 bis 2011 (Zeitreihenbruch 2008) zur Verfügung.
Berechnungsmethode	<p>Aus der aktuellen Sterbetafel sind für jedes Lebensalter der fiktiven 100.000 Standardpopulation die Anzahl der noch Lebenden für die einzelnen Altersgruppen (5-Jahresschritte zwischen 0 und 100 Jahre) bekannt. Für jede Altersgruppe wird die Anzahl der Lebenden in der Sterbetafel multipliziert mit dem Anteil der Befragten (EU-SILC) ohne funktionale Beeinträchtigung aufgrund gesundheitlicher Probleme. Die Summe dieses Produkts über alle Altersstufen dividiert durch 100.000 ergibt die Anzahl der HLY bei Geburt.</p> <p>HLY is computed as the life expectancy from which the expected number of years lived with long-term activity limitations (at least 6 months) is subtracted. It is calculated by the Sullivan method based on life table data and age-specific period prevalence data on long-term activity limitations (according to the Euro-REVES General Activity Limitation Indicator (GALI)).</p>
Stratifizierbarkeit	<p>Geschlecht</p> <p>Üblich sind HLY bei Geburt, (mit 50 Jahren) und mit 65 Jahren</p>
Verwendung	Europäische Kommission, Eurostat, Statistik Austria,
Referenzen	<p><a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/en/hlth_hlye_esms.htm">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/en/hlth_hlye_esms.htm</a></p> <p><a href="http://www.eurohex.eu/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf">http://www.eurohex.eu/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf</a></p> <p><a href="http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/o6114n29136.html">http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/o6114n29136.html</a></p> <p><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/eu_silc/">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/eu_silc/</a></p> <p><a href="http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html">http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html</a></p> <p><a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&amp;init=1&amp;language=de&amp;pcode=tsdph100&amp;plugin=1">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&amp;init=1&amp;language=de&amp;pcode=tsdph100&amp;plugin=1</a></p>
Anmerkungen	<p>Die EU-SILC Befragung liefert nur repräsentative Ergebnisse auf nationaler Ebene. Vergleiche zwischen österr. Bundesländern sind damit nicht möglich.</p> <p>Statistik Austria (04.10.2013):  <i>„Die sogenannten MEHM (Minimum European Health Module)-Fragen (subjektive Gesundheit, chronische Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben) sind sowohl im SILC wie auch im ATHIS enthalten. Da sich die Ergebnisse jedoch etwas unterscheiden, haben wir für die Veröffentlichung der gesunden Lebenserwartungen beschlossen, die Ergebnisse zu chronischer Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben aus dem SILC, jene zur subjektiven Gesundheit aus der Gesundheitsbefragung zu verwenden. Es ist prinzipiell möglich, den Indikator HLY nach Bundesländern anhand der Daten des ATHIS zu berechnen. Es muss dabei jedoch bedacht werden, dass sich die Österreich-Ergebnisse mit den von uns publizierten Ergebnissen anhand der SILC-Daten unterscheiden werden.“</i></p> <p>Der ATHIS-Datensatz steht jedem kostenlos zur Verfügung und kann unter folgendem Link bezogen werden:  <a href="http://www.statistik.at/web_de/services/mikrodaten_fuer_forschung_und_lehr_e/datenangebot/standardisierte_datensaetze_sds/index.html#index9">http://www.statistik.at/web_de/services/mikrodaten_fuer_forschung_und_lehr_e/datenangebot/standardisierte_datensaetze_sds/index.html#index9</a></p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>HLY bei Geburt (ATHIS)</b>
Langform der Bezeichnung	Healthy Life Years bei Geburt (Berechnung ATHIS) = Gesunde Lebensjahre bei Geburt(Berechnung ATHIS)
Zuordnung im Framework	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Gesundheit stärken  Anmerkung: HLY bei Geburt messen den langfristigen kombinierten Outcome aller Gesundheitsdeterminanten.
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Der Indikator HLY bei Geburt („Gesunde Lebensjahre bei Geburt“) beschreibt die Anzahl der zum Zeitpunkt der Geburt statistisch zu erwartenden Lebensjahre ohne gesundheitliche Einschränkung.  Er gehört zur Gruppe der Indikatoren, die gesundheitsbezogene Lebenserwartung messen (HALE, Health-Adjusted Life Expectancy).  HLY ist ein zusammengesetzter Indikator auf Bevölkerungsebene, der die Lebenserwartung bei Geburt (laut Sterbetafel) mit der sog. Krankheitslast (burden of ill health) (ermittelt durch Befragungsergebnisse zum Gesundheitsstatus) kombiniert. Dabei wird die sog. Sullivan-Methode verwendet (siehe Berechnungsmethode und Referenzen).  Die „disability-free“ Lebenserwartung (DFLE) (eine mögliche Art der HALE) bei der Geburt wird mithilfe der <b>HLY bei Geburt</b> in der Einheit „Jahre“ ausgedrückt.  Die Bezeichnung „ohne gesundheitliche Einschränkung“ (disability-free) bezieht sich auf das Ergebnis einer standardisierten Befragung (Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS).
Datenquellen	Sterbetafel von Statistik Austria (kombiniert aus Statistik der Sterbefälle und dem Bevölkerungsstand)  ATHIS - Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Fragestellung 2013/2014 ident). Frage S.3: <i>Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?</i>  Antwort S.3: <i>Stark eingeschränkt/etwas eingeschränkt/nicht eingeschränkt</i>
Aktualität und Periodizität	Es ist prinzipiell möglich, den Indikator HLY nach Bundesländern anhand der Daten des ATHIS zu berechnen. Erste ATHIS Erhebung fand 2006/2007 statt, die zweite 2013/2014.
Berechnungsmethode	Aus der aktuellen Sterbetafel sind für jedes Lebensalter der fiktiven 100.000 Standardpopulation die Anzahl der noch Lebenden für die einzelnen Altersgruppen (5-Jahresschritte zwischen 0 und 100 Jahre) bekannt. Für jede Altersgruppe wird die Anzahl der Lebenden in der Sterbetafel multipliziert mit dem Anteil der Befragten (ATHIS) ohne funktionale Beeinträchtigung aufgrund gesundheitlicher Probleme. Die Summe dieses Produkts über alle Altersstufen dividiert durch 100.000 ergibt die Anzahl der HLY bei Geburt.  HLY is computed as the life expectancy from which the expected number of years lived with long-term activity limitations (at least 6 months) is subtracted. It is calculated by the Sullivan method based on life table data and age-specific period prevalence data on long-term activity limitations (according to

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

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

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

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

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

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

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

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

<p>Kurz-Bezeichnung des Indikators</p>	<p><b>Gesundheitswirksame Bewegung</b></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 Detail-Indikator</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 <b>„aktiv“</b> 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</i></p>

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	<i>mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?</i> Antwort: .... Stunden ...Minuten/Woche
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. <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a>  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 <a href="http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/bewegungsempfehlungen">http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/bewegungsempfehlungen</a>  <a href="http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children">http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children</a>  <a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a>  <a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a>  <a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</a> 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	<b>Tabakkonsum</b>
Langform der Bezeichnung	Anteil der Bevölkerung, welcher regelmäßig raucht - selbstberichtet
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detail-Indikator
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 Zugesinn 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

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	<p>raucht.</p>
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.: „Rauchen Sie zur Zeit?“ Antwort D2.4.: „Ja, täglich / Ja, gelegentlich / Nein“</p> <p>EHIS (Eurostat): Frage SK.1: „Do you smoke at all nowadays?“ Antwort SK.1: “Yes, daily / Yes, occasionally / Not at all”</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. <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a></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><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a></p> <p><a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20_070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20_070315_ehis_en.pdf</a></p> <p><a href="http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children">http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children</a></p> <p><a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a></p> <p>Elmadfa I et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage, Wien, 2012: <a href="http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012">http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012</a></p> <p><a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20_070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20_070315_ehis_en.pdf</a></p>
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Trinkgewohnheiten</b>
Langform der Bezeichnung	Gesunde Trinkgewohnheiten der Bevölkerung - selbstberichtet
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detail-Indikator
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Gesunde Trinkgewohnheiten zählen zu einer gesunden Ernährung und können wie folgt definiert werden:  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)  Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher eine gesunde Trinkgewohnheit aufweist.
Datenquellen	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 (Itembox 12). Frage: „Wie oft trinkst du derzeit alkoholische Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen?“ Antwort: „täglich / Jede Woche / jeden Monat / seltener / nie“  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“  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“
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

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

	<p>Member States between 2006 and 2009. EHIS second wave is conducted in all EU Member States between 2013 and 2015. Vgl. <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a></p> <p>WHO – HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children):</p>
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche angeben gesunde Trinkgewohnheiten zu praktizieren innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100
Stratifizierbarkeit	Alter, Bildung, sozioökonomischer Status
Verwendung	ATHIS, EHIS, Ernährungsbericht, HBSC, OECD
Referenzen	<p><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a></p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p> <p><a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</a></p> <p>Elmadfa I et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage, Wien, 2012:</p> <p><a href="http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012">http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012</a></p> <p><a href="http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children">http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children</a></p> <p><a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a></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)	<b>BMI</b>
Langform der Bezeichnung	Prävalenzrate Untergewicht, Übergewicht und Adipositas gemessen am Body Mass Index (BMI) - selbstberichtet
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detail-Indikator
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).</p> <p>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> <p>Bei den Befragungen zum Österreichischen Ernährungsbericht in den Jahren 2010–12 wurde auch der BMI erfasst (vgl. Seite 368)</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. <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a></p>
Berechnungsmethode	<p>Anzahl der Personen, welche untergewichtig, normalgewichtig, übergewichtig bzw. adipös innerhalb der Zielpopulation sind / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100</p>
Stratifizierbarkeit	<p>Alter, Geschlecht, Bundesland</p>
Verwendung	<p>ATHIS, EHIS, Ernährungsbericht, HBSC, OECD</p>
Referenzen	<p><a href="http://www.statistik.at/web_de/fragebogen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/fragebogen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a> Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p> <p><a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</a> Elmadfa I et al. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. 1. Auflage, Wien, 2012: <a href="http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012">http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/Rezepte_Broschuere_n_Berichte/Der_Oesterreichische_Ernaehrungsbericht_2012</a> <a href="http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children">http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Schulgesundheits/WHO_Studie_Health_Behaviour_in_School_aged_Children</a></p> <p><a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a></p> <p>Schnabel F. et al. (2012). Amt der Burgenländischen Landesregierung (Hrsg.). Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012 Langfassung. Hornstein, DANEK Grafik Repro Druck</p>
Anmerkungen	<p>Es gilt zu berücksichtigen, dass der BMI keine Aussage über Körperfett- und Muskelanteil einer Person treffen kann (Schnabel et al. 2013)</p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Geburtsgewicht Neugeborene &lt; 2500g</b>
Langform der Bezeichnung	Geburtsgewicht Neugeborene <2500g in %
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Gesundheit stärken Detail-Indikator
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 Geburtsgewicht? eine Gelingende Schwangerschaft – die ist nicht nur von medizinischen Umständen abhängig;

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Mortalität Herz-Kreislauf Erkrankungen</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate Herz-Kreislaufkrankungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD 100-199)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a>  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.“

	<p><i>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)</i></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	<b>Mortalität ischämische Herzkrankheiten</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate ischämische Herzerkrankungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD I20-I25)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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
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><a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a></p> <p><a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a></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><i>„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)</i></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	<b>Mortalität akuter Myokardinfarkt</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate akuter Myokardinfarkt vor dem 75. Lebensjahr (ICD I21-I22)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a>  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	<i>„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“</i> (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	<b>Mortalität Hirngefäßkrankheiten</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate zerebrovaskuläre Krankheiten vor dem 75. Lebensjahr (ICD I60-I69)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

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	<a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a>  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	<b>Mortalität bösartige Neubildungen</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen vor dem 75. Lebensjahr (ICD C00-C97)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a>  <a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a>  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	<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	<b>Mortalität bösartige Neubildungen der Brustdrüse</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen der Brustdrüse vor dem 75. Lebensjahr (ICD C50)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	
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><a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a></p> <p><a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a></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 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) er-</p>

	fasst (Bonita et al. 2008)
--	----------------------------

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Mortalität bösartige Neubildungen der Prostata</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen der Prostata vor dem 75. Lebensjahr (ICD C61)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a>  <a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a>  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	<i>„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“</i> (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	<b>Mortalität bösartige Neubildungen des Kolons</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate bösartige Neubildungen des Kolons vor dem 75. Lebensjahr (ICD C18)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
Definition des Indikators	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an bösartigen Neubildungen des Kolons vor dem 75. Lebensjahr (ICD C18) pro 100.000 Lebenden

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

(textliche Beschreibung)	
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	<a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a>  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	<b>Mortalität bösartige des Larynx, der Trachea und der Bronchien und der Lunge</b>
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 Detail-Indikator
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	<a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a>  <a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT">http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT</a>

	Bonita et al. Einführung in die Epidemiologie. 2. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2008
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	<b>Mortalität chronische Krankheiten der unteren Atemwege</b>
Langform der Bezeichnung	Mortalitätsrate chronische Krankheiten der Atemwege vor dem 75. Lebensjahr
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Dieser Indikator misst die Anzahl an Sterbefällen an chronischen Krankheiten 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	<p><a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a></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	<b>Mortalität psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen</b>
Langform der Be-	Mortalitätsrate psychiatrische Krankheiten und Verhaltensstörungen vor dem

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

zeichnung	75. Lebensjahr (ICD F00-F99)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<a href="http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html">http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html</a>  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	<b>Säuglingssterblichkeit</b>
Langform der Bezeichnung	Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<b>Säuglingssterblichkeit – angeborene Fehlbildungen</b>
Langform der Bezeichnung	Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr (angeborene Fehlbildungen – Q00-Q99)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<b>Wie ist er zu interpretieren? Der Indikator passt eher in die Prävention, GF, da Fehlbildungen während der Schwangerschaft minimiert werden können.</b>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Säuglingssterblichkeit - perinatale Affektionen</b>
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 Detail-Indikator
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	<b>Totgeburten</b>
------------------	--------------------

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

des Indikators	
Langform der Bezeichnung	Fetale Sterblichkeit während der Schwangerschaft - Rate an Totgeburten
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<a href="http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&amp;db=degeborene_mon_ext">http://sdb.statistik.at/superwebguest/login.do?guest=guest&amp;db=degeborene_mon_ext</a> – Statistik Austria
Aktualität und Periodizität	Aktuell
Berechnungsmethode	Todgeborene pro 1000 Geborenen
Stratifizierbarkeit	Bundesland,
Verwendung	PERISTAT, ECHIM
Referenzen	<a href="http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html">http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html</a>  <a href="http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf">http://www.echim.org/docs/documentation_sheets_2012.pdf</a>
Anmerkungen	Auf wikipedia sind Erklärungen nachzulesen: <a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Totgeburt">http://de.wikipedia.org/wiki/Totgeburt</a>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Inzidenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems</b>
Langform der Bezeichnung	Inzidenz bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (I00 bis I99)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<b>Prävalenz Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems</b>
------------------	--

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

des Indikators	
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei Krankheiten des Kreislaufsystems
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator 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. <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a>
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  <a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a>  Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)  <a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</a>
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Inzidenz bösartige Neubildungen</b>
Langform der Bezeichnung	Inzidenzrate bei bösartigen Neubildungen (ICD C00-C97)

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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	<a href="http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html">http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html</a>  <a href="http://statcube.at/superwebguest/login.do?quest=quest&amp;db=dekrebs_ext">http://statcube.at/superwebguest/login.do?quest=quest&amp;db=dekrebs_ext</a>  <a href="http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/01/11/index.html?contentType=/ns/StatisticalPublication,/ns/Chapter&amp;itemId=/content/chapter/9789264183896-14-en&amp;containerItemId=/content/serial/23056088&amp;accessItemIds=&amp;mimeType=ext/html">http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/01/11/index.html?contentType=/ns/StatisticalPublication,/ns/Chapter&amp;itemId=/content/chapter/9789264183896-14-en&amp;containerItemId=/content/serial/23056088&amp;accessItemIds=&amp;mimeType=ext/html</a>  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: <a href="http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/publdetail?id=83&amp;listid=83&amp;detail=679">http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/publdetail?id=83&amp;listid=83&amp;detail=679</a> 05.02.2014

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Prävalenz bösartige Neubildungen</b>
Langform der Bezeichnung	Prävalenz bei bösartigen Neubildungen (ICD C00-C97)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
Definition des Indikators	Dieser Indikator misst die Anzahl von Personen, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb einer bestimmten Periode an bösartigen Neubil-

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Katoren  (textliche Beschreibung)	dungen (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: <a href="http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebspraevalenz">www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/krebspraevalenz</a>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Prävalenz Diabetes</b>
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei Diabetes
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator 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 (identische 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 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. <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a>
Berechnungsmethode	Anzahl der Personen, welche angeben jemals an Diabetes gelitten zu haben innerhalb der Zielpopulation / Anzahl der Personen innerhalb der Zielpopulation * 100

Indikatorenbeschreibung Bereich 1: Verringerung verfrühter Sterblichkeit

Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	ATHIS, EHIS
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><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a></p> <p>Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)</p> <p><a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</a></p>
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Prävalenz Asthma</b>
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei Asthma
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator Funktion
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst den Anteil (%) in der Bevölkerung, welcher angibt jemals an Asthma gelitten zu haben.
Datenquellen	<p>ATHIS-Gesundheitsbefragung 2006/07 (identische Fragestellung 2013/14): Frage S4.1 (a/b): „Hatten Sie jemals allergisches Asthma/eine andere Form von Asthma?“</p> <p>EHIS (Eurostat): Frage CD1: „During the past 12 months, have you had any of the following diseases or conditions?“ Antwort: Asthma</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.</p> <p><a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a></p>
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	<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><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a></p>

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Prävalenz COPD</b>
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei chronischer Bronchitis oder Emphysem
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator 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. <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a>
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  <a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a>  Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)  <a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</a>

Anmerkungen	
-------------	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Prävalenz – Depression</b>
Langform der Bezeichnung	Lebenszeitprävalenz bei Depression
Zugeordneter Bereich	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion: Krankheit behandeln Detail-Indikator
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 Depression?  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. <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)</a>
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  <a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a>  Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)  <a href="http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/systems/docs/ev_20070315_ehis_en.pdf</a>
Anmerkungen	

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Tabakkonsum bei COPD/Asthma</b>
Langform der Bezeichnung	Anteil der COPD-/Asthma-Patientinnen und Patienten, die täglich rauchen
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	Raucherstatus aus Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/14: "Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergisches Asthma</li> <li>• Andere Formen von Asthma</li> <li>• Chronische Bronchitis</li> <li>• Emphysem</li> </ul>

	Davon der Anteil der täglich Rauchenden (Frage D2.4) 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/14)
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	<a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a>  Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)
Anmerkungen	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. <a href="http://www.leichter-atmen.de/was-ist-copd">http://www.leichter-atmen.de/was-ist-copd</a>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Diabetikerinnen und Diabetiker in strukturierter Betreuung</b>
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	<a href="http://diabetes.therapie-aktiv.at/">http://diabetes.therapie-aktiv.at/</a>
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 Ärzte	Aktuell teilnehmende 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%
<b>Summe</b>	<b>1.050</b>	<b>38.119</b>	<b>17,8%</b>

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

Stand: 03.02.2014

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Gesundheitswirksame Bewegung bei Diabetes</b>
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 <b>„aktiv“</b> 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 <b>D5.9 An wie vielen Tagen pro Woche im Durchschnitt?</b> <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"> <li>• <i>Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche</i></li> <li>• <i>Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche</i></li> <li>• <i>Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche</i></li> <li>• <i>Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche</i></li> <li>• <i>Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten</i></li> <li>•</li> </ul> <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? Antwort: .... Stunden ...Minuten/Woche</i></p>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	<p><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a></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 <b>Bewegung</b> 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><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index12">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index12</a></p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Tabakkonsum bei Herz-Kreislauf Erkrankungen</b>
Langform der Bezeichnung	Anteil Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die täglich rauchen
Zugeordneter Bereich	Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen  Detail-Indikator  Anmerkung: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsdeterminante, Sekundärprävention
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	
Datenquellen	(ATHIS): "Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bluthochdruck</li> <li>• Herzinfarkt</li> <li>• Schlaganfall / Gehirnblutung</li> </ul> Davon der Anteil der täglich Rauchenden (ATHIS Frage D2.4) 2006/07 (ähnliche Fragestellung 2013/14)
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	<a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a>  Statistik Austria: ATHIS, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. (Unveröffentlichter Fragebogen; E-Mailverkehr mit Statistik Austria vom 11.03.2014)
Anmerkungen	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 Sterblichkeit <sup>91</sup> . 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.  <a href="http://www.arzneiundvernunft.info/LL/Leitlinie_Koronare_Herzerkrankung_2009.pdf">http://www.arzneiundvernunft.info/LL/Leitlinie_Koronare_Herzerkrankung_2009.pdf</a>

<p>Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)</p>	<p><b>Gesundheitswirksame Bewegung bei Herz-Kreislauf Erkrankungen</b></p>
<p>Langform der Bezeichnung</p>	<p>Anteil Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf Erkrankungen, der sich gesundheitswirksam bewegt.</p>
<p>Zugeordneter Bereich</p>	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung: Gesundheitsverhalten, Gesundheitsdeterminante, Sekundärprävention</p>
<p>Definition des Indikators  (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 „<b>aktiv</b>“ 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>(ATHIS): "Hatten Sie jemals...?" (Mehrfachangaben möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bluthochdruck</li> <li>• Herzinfarkt</li> <li>• Schlaganfall / Gehirnblutung</li> </ul> <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 <b>D5.9 An wie vielen Tagen pro Woche im Durchschnitt?</b> <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"> <li>• <i>Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche</i></li> <li>• <i>Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche</i></li> <li>• <i>Jogging, andere Entspannungsarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche</i></li> <li>• <i>Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche</i></li> <li>• <i>Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche</i></li> <li>• <i>Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten</i></li> <li>•</li> </ul> <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>

	Antwort: .... <i>Stunden ...Minuten/Woche</i>
Aktualität und Periodizität	ATHIS
Berechnungsmethode	Siehe Datenquelle
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	neu
Referenzen	<p><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a></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><a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index12">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html#index12</a></p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Stationäre Wiederaufnahmerate Psychiatrie</b>
Langform der Bezeichnung	Stationäre Wiederaufnahmerate Psychiatrie innerhalb 90 Tage
Zugeordneter Bereich	<p>Bereich: 2 Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen</p> <p>Detail-Indikator</p> <p>Anmerkung: Neuer Indikator</p>
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	<p>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.</p> <p>Zielwert: Niedrige Kennzahl</p>
Datenquellen	LKF, FOKO, BIG ?
Aktualität und Periodizität	Quartalsweise Aktualisierung. Zum Vergleich werden Jahreswerte betrachtet.
Berechnungsmethode	<p>Quotient</p> <p>Nenner: Summe der Patientinnen und Patienten mit stationärer Entlassung aus einer psychiatrischen Krankenhausabteilung im Quartal.</p> <p>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.</p>

Indikatorenbeschreibung Bereich 2: Gutes Leben mit chronischen Erkrankungen

Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht, Bundesland
Verwendung	Neu
Referenzen	
Anmerkungen	<p>Schlechte Therapietreue und Arzneimittelnebenwirkungen zählen zu den häufigsten Ursachen für eine ungeplante Wiederaufnahme ins Krankenhaus. (<a href="https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Spitalsaufenthalt_und_Medikamente_HK.html">https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Spitalsaufenthalt_und_Medikamente_HK.html</a>)</p> <p>Weitere Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterversorgung ambulant</li> <li>• Erneuter Krankheitsschub (rezidiv)</li> <li>• ...</li> </ul>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz</b>
Langform der Bezeichnung	Anteil der Beschäftigten, die ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen. (European Working Conditions Survey)
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Seit 1990 wird bisher alle 5 Jahre eine europaweite Umfrage zum Thema Arbeitswelten durchgeführt: European Working Conditions Survey. Darin ist die Frage enthalten, ob man seine Sicherheit oder seine Gesundheit durch die Arbeit gefährdet sieht? Der Indikator Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz meint den Anteil der befragten Beschäftigten, die Ihre Gesundheit oder Sicherheit am Arbeitsplatz gefährdet sehen.  <b>Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit oder Sicherheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist, oder nicht?</b> 1 – ja 2 – nein
Datenquellen	European Working Conditions Survey
Aktualität und Periodizität	Alle 5 Jahre, zuletzt 2010 (publiziert 2012)
Berechnungsmethode	Anteil der Befragten, die obige Frage bejahen.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Berufsgruppen
Verwendung	Eurofound
Referenzen	<a href="http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/">http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/</a>  <a href="http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_07_03.htm">http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_07_03.htm</a>  Eurofound (2012), <i>Fifth European Working Conditions Survey</i> , Publications Office of the European Union, Luxembourg.
Anmerkungen	Die Stichprobengröße für Österreich betrug zuletzt ca. 1000 Personen. Detaillierte Ergebnisse auf Bundeslandebene liegen nicht vor.

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Durchimpfungsraten Grippe ab 65</b>
Langform der Bezeichnung	Geimpfte Bevölkerung gegen Influenza ab 65 Jahren
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Der Indikator misst die Durchimpfungsrate für Grippe innerhalb der Zielpopulation (Bevölkerung ab 65).  ATHIS – Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Fragestellung 2013/2014 ähnlich jedoch spezifischer) Frage C3.1 „Haben Sie einen aufrechten Impfschutz gegen Grippe?“ Antwort C3.1: „Ja/Nein/Weiß nicht“
Datenquellen	ATHIS: <a href="http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbef">http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbef</a>

	<a href="#">ragung/index.html</a>
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014
Berechnungsmethode	Anteil der befragten Bevölkerung ab 65 welche die Frage: „Haben Sie einen aufrechten Impfschutz gegen Grippe?“ mit ja beantworteten/Anteil der befragten Bevölkerung ab 65 Gesamt
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	OECD, Eurostat
Referenzen	<a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/databse">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/databse</a>
Anmerkungen	

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Impfrate Kinder laut MuKiPa</b>
Langform der Bezeichnung	Der Indikator misst die Durchimpfungsrate der empfohlenen Impfungen lt. Gratisimpfprogramm für Säuglinge und Kinder innerhalb einer definierten Altersgruppe
Zuordnung im Framework	Bereich: Sicherer Zugang Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	<p>Impfungen sind eine der wirksamsten Maßnahmen, um relevanten Infektionskrankheiten vorzubeugen. Die Immunisierung gegen diese Krankheiten zählt zu einer der kosteneffektivsten Strategien der Primärprävention.</p> <p>Der Indikator beschreibt den Anteil (%) der Kinder einer definierten Altersgruppe, welcher gegen die relevantesten Infektionskrankheiten im empfohlenen Zeitraum geimpft ist.</p> <p>In internationalen Vergleichen sind dies:                  Durchimpfungsrate DTP bei Kindern unter einem Jahr                  Durchimpfungsrate Masern bei Kindern unter einem Jahr                  Durchimpfungsrate Hepatitis B bei Kindern unter einem Jahr                  Laut Impfkalendar des Gratisimpfprogramms sind dies:  <a href="http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevension/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2013">http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevension/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2013</a></p>
Datenquellen	„ <i>Impfpassdaten des BMG</i> “, telefonische Auskunft BMG 24.10.2013
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	Berechnungsmethode:  $\text{Anzahl der geimpften Kinder innerhalb der Zielpopulation} / \text{Anzahl der Kinder innerhalb der Zielpopulation} * 100$
Stratifizierbarkeit	
Verwendung	WHO (Global Health Observatory Data Repository), OECD Health Data, ECHIM
Referenzen	<a href="http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/05/12/index.html?contentType=&amp;itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2013-54-en&amp;imeType=text%2fhtml&amp;containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&amp;accessItemIds=%2fcontent%2fbook%2fhealth_glance-2013-en">http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/05/12/index.html?contentType=&amp;itemId=%2fcontent%2fchapter%2fhealth_glance-2013-54-en&amp;imeType=text%2fhtml&amp;containerItemId=%2fcontent%2fserial%2f19991312&amp;accessItemIds=%2fcontent%2fbook%2fhealth_glance-2013-en</a>  <a href="http://data.euro.who.int/hfad/">http://data.euro.who.int/hfad/</a>

### Indikatorenbeschreibung Bereich 3: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse

	<a href="http://apps.who.int/gho/data/node.main.A824?lang=en">http://apps.who.int/gho/data/node.main.A824?lang=en</a> <a href="http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2013">http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2013</a>
Anmerkungen	Beachte: Vergleichbarkeit der internationalen Daten aufgrund der Unterschiede in der Datenerhebung

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Verbesserung durch KH-Aufenthalt</b>
Langform der Bezeichnung	Anteil der Patienten mit selbst wahrgenommener Verbesserung des Gesundheitszustands durch den KH-Aufenthalt (sektorenübergreifende Patientenbefragung)
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, die der Aussage: „Mein Gesundheitszustand hat sich durch meinen Krankenhausaufenthalt verbessert.“ mit „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ zustimmen.
Datenquellen	GÖG
Aktualität und Periodizität	Bericht aus 2010/2011 liegt vor (paper&pencil). Konzeption der nächsten Befragung inklusive extramuraler Bereich bis Mitte 2014 geplant (inkl. Befragungsmethodik).
Berechnungsmethode	Relativer Anteil der Befragten, die zustimmen (siehe Definition des Indikators)
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Krankenhaus, Region, Bundesland
Verwendung	BMG, GÖG
Referenzen	<a href="http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssiche-&lt;br/&gt;rung/Qualitaetsberichterstattung/Erste_sektoreneuebergreifende_Patientenbefragung">http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssiche- rung/Qualitaetsberichterstattung/Erste_sektoreneuebergreifende_Patientenbefragung</a>  <a href="http://www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Sektoreneuebergreifende-Patientenbefragung96.html">http://www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Sektoreneuebergreifende-Patientenbefragung96.html</a>
Anmerkungen	<p>Aufgrund des Befragungsmodus und der unterschiedlichen Rücklaufquoten, können vorab keine Aussagen über die Repräsentativität (z.B. auf regionaler Ebene) getroffen werden.</p> <p>„Die Auswertungsergebnisse stehen den Krankenhausenträgern, Krankenhäusern und Abteilungen als pseudonymisiertes Benchmarking zur Verfügung. Dies ermöglicht den nationalen Vergleich und zeigt etwaige Problemfelder im Krankenhaus sowie an den Nahtstellen auf, woraus Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet werden sollten. Diese Maßnahmen können im Rahmen weiterer Befragungen evaluiert werden.</p> <p>Bei der Interpretation der Ergebnisse ist durchwegs zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse die subjektive Patientenmeinung widerspiegeln. Internationale Erfahrungen zeigen, dass aus Patientensicht Probleme identifiziert werden können und Patientenzufriedenheitsbefragungen eine Grundlage zur Verbesserung von Prozessen darstellen.“ (Bericht GÖG 2011, S.79)</p> <p>GÖG (18.10.2013): „Zum operativen Ziel 8.4.1 des Bundeszielsteuerungs-Vertrages gibt es bereits Vorarbeiten bzw. laufende Tätigkeiten. Im Jahr 2012 wurde ein Methodenbericht erarbeitet, der ein Konzept inkl. möglicher Fragen zur Durchführung einer Befragung im extramuralen Bereich beinhaltet.</p> <p>Die in dem Bericht erarbeiteten Durchführungsvarianten wurden in der Zwischenzeit konkretisiert und in einem Arbeitspapier zusammengefasst. In die-</p>

	<p><i>sem unveröffentlichten Papier ist auch beschrieben, dass für den stationären Bereich das bereits erarbeitete und bewährte Konzept beibehalten werden soll[2010/2011]. Auch die bereits erprobten Fragen sollen in einer nächsten Befragung wieder zum Einsatz kommen (ev. 1-2 kleinere Anpassungen).</i></p> <p><i>Derzeit ist geplant, dass das detaillierte Konzept zur Durchführung der sektorenübergreifenden Patientenbefragung mit Expertinnen/Experten bis Mitte 2014 diskutiert und finalisiert werden soll.“</i></p>
--	---

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Schlaganfall – Wiederaufnahmerate (WAR) (30 Tage)</b>
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: <a href="http://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-0022-60A6-F">http://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-0022-60A6-F</a>
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. (<a href="http://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0022-60A6-F/Publikationsbasierte%20Dissertation%20Stroke%20SUB-ONLINE-Version%20IM%2020.12.13.pdf?sequence=1">http://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0022-60A6-F/Publikationsbasierte%20Dissertation%20Stroke%20SUB-ONLINE-Version%20IM%2020.12.13.pdf?sequence=1</a>)</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. (<a href="http://circ.ahajournals.org/content/101/12/1483.full">http://circ.ahajournals.org/content/101/12/1483.full</a>)</p>
--	--

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Akuter Myokardinfarkt – Wiederaufnahmerate (30 Tage)</b>
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)	<b>Unmet Need</b>
Langform der Bezeichnung	Bevölkerungsanteil mit unerfülltem Behandlungswunsch
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Beschreibung des Ausmaßes von ungedecktem Bedarf nach Ursache (finanzielle Barrieren, zu lange Wartezeiten und zu große Entfernungen)
Datenquellen	EU-SILC
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	% der Personen, welche angeben, dass sie in den letzten 12 Monaten einen Bedarf nach einer medizinischen Leistung hatten und diese dennoch nicht erhalten haben.
Stratifizierbarkeit	Einkommen, Bildung, Alter
Verwendung	OECD
Referenzen	<a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/database">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care/data/database</a>  <a href="http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/01/index.html;jsessionid=b96bgrf36ctg.delta?contentType=&amp;itemId=/content/chapter/health_glance-2011-52-en&amp;containerItemId=/content/serial/19991312&amp;accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-en&amp;mimeType=text/html">http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/01/index.html;jsessionid=b96bgrf36ctg.delta?contentType=&amp;itemId=/content/chapter/health_glance-2011-52-en&amp;containerItemId=/content/serial/19991312&amp;accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-en&amp;mimeType=text/html</a>
Anmerkungen	

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

Verwendung	OECD
Referenzen	<a href="http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/03/index.html;jsessionid=l3gx2metsqj.x-oecd-live-02?contentType=&amp;itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2011-54-en&amp;mimeType=text%2Fhtml&amp;containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991312&amp;accessItemIds=%2Fcontent%2Fbook%2Fhealth_glance-2011-e">http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/06/03/index.html;jsessionid=l3gx2metsqj.x-oecd-live-02?contentType=&amp;itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2011-54-en&amp;mimeType=text%2Fhtml&amp;containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991312&amp;accessItemIds=%2Fcontent%2Fbook%2Fhealth_glance-2011-e</a>
Anmerkungen	

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Zeitraum zwischen Terminvereinbarung und Operationstermin (Befragungsdaten)</b>
Langform der Bezeichnung	Wartezeit bei elektiven Operationen
Zuordnung im Framework	Bereich: Zugang und Fairness Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Der Indikator beschreibt die durchschnittliche Wartezeit für eine elektive Operation. Als elektiv wird eine Operation dann bezeichnet, wenn diese notwendig ist, ein Operationstermin jedoch zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart werden kann.
Datenquellen	ATHIS - Gesundheitsbefragung:

Indikatorenbeschreibung Bereich 4: Zugang und Fairness

	Frage C1.6: „Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten, also seit dem TAG MONAT JAHR eine geplante Operation?“ Antwort C1.6: „Ja“ Frage C1.7: „Wie lange mussten Sie auf Ihre Operation warten?“ Antwort C1.7: „...Tage...Wochen...Monate“
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006/2007, die zweite 2013/2014
Berechnungsmethode	ATHIS: Berechnung der durchschnittlichen oder medianen Zeit zwischen Terminvereinbarung und Operationstermin
Stratifizierbarkeit	ATHIS: Bundesland
Verwendung	Statistik Austria; European Health Consumer Index
Referenzen	<a href="http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&amp;listid=4&amp;detail=457">http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&amp;listid=4&amp;detail=457</a>
Anmerkungen	

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

Indikatorenbeschreibung Bereich 4: Zugang und Fairness

--	--

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Health Literacy Index - Prävention</b>
Langform der Bezeichnung	Prävention Literacy Index (HLS-EU)
Zugeordnete Domain	Domain: Förderung der Gesundheitskompetenz Zweite Säule: Gesundheit stärken Übergeordneter Indikator

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Health Care Literacy Index</b>
Langform der Bezeichnung	Health Care Literacy Index - Krankheitsbewältigung (HLS-EU)
Zugeordnete Domain	Domain: Förderung der Gesundheitskompetenz Zweite Säule: Krankheit behandeln Übergeordneter Indikator  Anmerkung:
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Zusammengefasster Indexwert bestehend aus 16 Items des Health Literacy Survey

Indikatorenbeschreibung Bereich 5: Gesundheitskompetenz

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Schwere oder tödliche Zwischenfälle</b>
Langform der Bezeichnung	Rate der unerwünschten Ereignisse, welche zu schweren oder tödlichen Zwischenfälle führen können, bei Spitalsaufenthalten auftreten und codiert werden
Zuordnung im Framework	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion Krankheit behandeln
Definition des Indikators (textliche Beschreibung)	Im Rahmen der Gesundheitsversorgung kann es manchmal zu unerwünschten Ereignissen kommen. Als unerwünschte Ereignisse werden Komplikationen definiert, welche durch das Behandlungsmanagement auftreten und nicht durch die Art der Erkrankung selbst und die zu Tod, Behinderung oder verlängertem Krankenhausaufenthalt führen. <i>Quelle:</i> <a href="http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&amp;p_menuid=67266&amp;p_tabid=2&amp;p_pubid=138398">http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&amp;p_menuid=67266&amp;p_tabid=2&amp;p_pubid=138398</a> Der Indikator misst die Rate der unerwünschten Ereignisse, welche zu schweren oder tödlichen Zwischenfällen führen können.
Datenquellen	DIAG (Haupt- und Nebendiagnosen) BIG (Modul Krankenanstalten) Als Datenquelle dienen die abgerechneten Krankenhausdaten mit den nach Haupt- und Nebendiagnosen definierten ICD-10 Codes
Aktualität und Periodizität	Jährlich aktualisierbar
Berechnungsmethode	Rate: schwere oder tödliche Zwischenfälle beschreiben das Ausmaß der Zwischenfälle pro 1.000 Aufnahmen
Stratifizierbarkeit	Alter, Geschlecht
Verwendung	Siehe Referenzen
Referenzen	z.B. <a href="https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&amp;p_menuid=67264&amp;p_tabid=2&amp;p_pubid=138398">https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&amp;p_menuid=67264&amp;p_tabid=2&amp;p_pubid=138398</a>  <a href="http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693913&amp;action=2&amp;viewmode=content">http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693913&amp;action=2&amp;viewmode=content</a>  <a href="http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/icd-10_bmg_2013_-_systematisches_verzeichnis.pdf">http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/icd-10_bmg_2013_-_systematisches_verzeichnis.pdf</a>
Anmerkungen	„Wird im Falle eines unerwünschten Verlaufes immer nur ein „Schuldiger“ gesucht und möglicherweise auch noch bestraft, liegt es nahe, Vorkommnisse nicht zu dokumentieren und möglichst zu verschweigen... „...Medizinisches Handeln ist immer mit dem Risiko unerwünschter Ergebnisse verbunden.... Viele der unerwünschten Verläufe sind schicksalhaft oder entstehen durch eine Verkettung von Situationen und Handlungen, die vom Einzelnen nicht verhinderbar oder beeinflussbar sind. ... Auch wurden die Diagnosen mitunter von den Krankenanstalten gemeldet, welche die Patienten gerade wegen der Komplikationen zutransferiert bekamen, um die Weiterbehandlung zu übernehmen... Alle diese Gründe verwehren die Verwendung der Diagnosedaten in diesem Bereich für direkte Vergleiche zwischen Krankenanstalten. Eine Interpretation ist mit Vorsicht anzustellen...“ <i>Quelle:</i> <a href="http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&amp;p_menuid=67266&amp;p_tabid=2&amp;p_pubid=138398">http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&amp;p_menuid=67266&amp;p_tabid=2&amp;p_pubid=138398</a>

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators(falls vorhanden)	<b>Stationäre Aufnahme aufgrund von Arzneimittelinteraktion</b>
Langform der Bezeichnung	Anteil an Personen mit Krankenhausaufhalten aufgrund eines unerwünschten Arzneimittelereignisses
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator
Definition des Indi-	Der Indikator misst den Anteil an Personen mit Krankenhausaufhalten

Katort (textliche Beschreibung)	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	<a href="http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&amp;p_menuid=74095&amp;p_tabid=5">http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&amp;p_menuid=74095&amp;p_tabid=5</a>
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 Krankenaufenthalten mit Diagnosen, welche einen Hinweis auf Unerwünschte Arzneimittelereignisse liefern, und anschließend die Medikamentenkombinationen in Hinblick auf Interaktionshinweise.““

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>PIM-Medikation von Älteren</b>
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)	<b>Nosokomiale Infektionen und AMR</b>
Langform der Bezeichnung	Punktprävalenz der nosokomialen Infektionen und Resistenzen gegenüber antimikrobiellen Substanzen (AMR)
Zugeordneter Bereich	Bereich: Erhöhung der Patientensicherheit Funktion: Krankheit behandeln Detailindikator

<p>Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)</p>	<p>„Infektionen, die nach dem zweiten Tag bzw. nach 72 Stunden im Krankenhaus oder auf der Intensivstation auftreten, gelten als Nosokomial“ (vgl. <a href="http://www.schaffler-verlag.com/gw_artikel_dl/110128.pdf">http://www.schaffler-verlag.com/gw_artikel_dl/110128.pdf</a> bzw. <a href="http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Antibiotikaresistenz/">http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankheiten/Antibiotikaresistenz/</a>)</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. <a href="http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/2/5/CH1318/CMS1361534036242/nap_amr.pdf">http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/2/5/CH1318/CMS1361534036242/nap_amr.pdf</a> )</p> <p>Dieser Indikator misst den Anteil (%) von nosokomialen Infektionen und Resistenzen gegenüber antimikrobiellen Substanzen (AMR)</p>
<p>Datenquellen</p>	<p>Surveillance Daten</p>
<p>Aktualität und Periodizität</p>	<p>Regelmäßig</p>
<p>Berechnungsmethode</p>	<p>Siehe Definition</p>
<p>Stratifizierbarkeit</p>	<p>Alter, Geschlecht</p>
<p>Verwendung</p>	<p>ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) EARS – Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) (Universitätsklinik für Krankenhaushygiene &amp; Infektionskontrolle)</p>
<p>Referenzen</p>	<p>AMR ab S. 199: <a href="http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf">http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/annual-epidemiological-report-2013.pdf</a> oder <a href="http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf">http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf</a></p> <p>Nosokomiale Infektionen und AMR: <a href="http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf">http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf</a></p>
<p>Anmerkungen</p>	<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	<b>Subjektiver Gesundheitszustand</b>
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Gesundheitszustand der Bevölkerung
Zuordnung im Framework	Bereich: Verringerung verfrühter Sterblichkeit Funktion Gesundheit stärken
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit im Allgemeinen in fünf Kategorien von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“.
Datenquellen	ATHIS - Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Fragestellung 2013/2014 ident) Frage S.1: <i>Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?</i>  Antwort S.1: Sehr gut/Gut/Mittelmäßig/Schlecht/Sehr schlecht
Aktualität und Periodizität	Erste ATHIS Erhebung erfolgte 2006, die zweite 2013/2014
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit. Siehe Datenquellen
Stratifizierbarkeit	Geschlecht Bundesland Alter
Verwendung	Statistik Austria
Referenzen	<a href="http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html">http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html</a>  <a href="http://www.statistik.at/web_de/fragebogen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html">http://www.statistik.at/web_de/fragebogen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html</a>  <a href="http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117">http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30117</a>
Anmerkungen	Der ATHIS liefert repräsentative Ergebnisse auf Bundeslandebene. Der Abstand zwischen den Befragungen ist relativ groß.  Es wäre auch möglich, den Indikator jährlich mithilfe der EU-SILC zu berechnen – dann jedoch nur auf nationaler Ebene.  Statistik Austria (04.10.2013): <i>„Die sogenannten MEHM (Minimum European Health Module)-Fragen (subjektive Gesundheit, chronische Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben) sind sowohl im SILC wie auch im ATHIS enthalten. Da sich die Ergebnisse jedoch etwas unterscheiden, haben wir für die Veröffentlichung der gesunden Lebenserwartungen <b>beschlossen</b>, die Ergebnisse zu chronischer Krankheit und Einschränkung im Alltagsleben aus dem SILC, <b>jene zur subjektiven Gesundheit aus der Gesundheitsbefragung zu verwenden.</b>“</i>

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Zufriedenheit mit medizinischer Versorgung im Bundesland</b>
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit der SV-Versicherten mit der medizinischen Versorgung im Bundesland
Zuordnung im Framework	Bereich: Hohe Zufriedenheit Funktion Krankheit behandeln Übergeordneter Indikator  Anmerkung: SV-Kundenbefragung
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Anteil der SV-KundInnen, die auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit der medizinischen Versorgung in Ihrem Bundesland“? mit 1=sehr gut oder 2=recht gut antworten.
Datenquellen	SV-Kundenbefragung
Aktualität und Periodizität	Alle paar Jahre: 2005, 2006, 2008, 2010
Berechnungsmethode	Siehe Definition
Stratifizierbarkeit	Bundesland, KV-Träger
Verwendung	HVB
Referenzen	
Anmerkungen	Es ist wichtig, die Aktualität und Periodizität im Auge zu behalten. Bei vom HVB in Auftrag gegebenen SV-Kundenbefragungen müsste die Frage fortan erhalten bleiben. Werte aus 2005, 2006, 2008 und 2010 liegen vor.

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Zufriedenheit mit KH-Aufenthalt</b>
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt insgesamt
Zuordnung im Framework	Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse Funktion Krankheit behandeln Übergeordneter Indikator  Anmerkung:
Definition des Indikators  (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten in der sektorenübergreifenden Patientenbefragung, die die Frage „Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Krankenhausaufenthalt?“ mit „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ beantworten.
Datenquellen	GÖG – sektorenübergreifende Patientenbefragung
Aktualität und Periodizität	Bericht aus 2010/2011 liegt vor (paper&pencil). Konzeption der nächsten Befragung inklusive extramuraler Bereich bis Mitte 2014 geplant (inkl. Befragungsmethodik).

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators	<b>Zufriedenheit Allgemeinmedizin extramural</b>
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit mit ärztlicher Behandlung (Allgemeinmedizin extramural)
Zuordnung im Framework	<p>Bereich: Vermeidung und Behandlung akuter Ereignisse                  Funktion Krankheit behandeln                  Übergeordneter Indikator</p> <p>Anmerkung: sektorenübergreifende Patientenbefragung - NEU</p>

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

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Zufriedenheit mit Katarakt-OP Outcome</b>
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)

Indikatorenbeschreibung Bereich 7: Zufriedenheit

	Zielwert: Hoher Anteil
Datenquellen	<b>Neuer</b> 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"> <li>• Messmethode zur Bestimmung der Zielrefraktion</li> <li>• Vorliegen einer ophthalmologischen Vorerkrankung</li> </ul> Geschlecht, Alter, Bundesland
Verwendung	<b>Neuer</b> Indikator. Ideen aus Deutschland
Referenzen	<a href="http://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Kataraktoperationen/Anlagen_Kataraktoperation.pdf">http://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Kataraktoperationen/Anlagen_Kataraktoperation.pdf</a>  Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Deutschland <b>Kataraktoperation</b> Stand: 18. Oktober 2010  AQUA — Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Anmerkungen	Ausschluss-Kriterien: <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.  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</u> von +/- 1 Dioptrie in 76 bis 82% der Fälle und +/- 0,5 Dioptrie bei 48 bis 62%

	<p><u>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"> <li>• Indikator entstammt dem Indikatorenset der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS).</li> <li>• Es wurden Anpassungen des Indikators durch das Expertengremium vorgenommen (AQUA-Institut).</li> <li>• Der Indikator macht eine Mehrpunktmessung erforderlich</li> </ul> <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)	<b>Zufriedenheit mit Hüftprothese –Outcome</b>
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Outcome nach Einsatz einer Hüftprothese.
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>Der <b>HOOS</b>-Fragebogen (Hip disability &amp; 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.</p> <p>Gemessen würde die Veränderung des HOOS-Scores zwischen präoperativer Erhebung (im Zug der Anamnese bei der KH-Aufnahme) und 6 Monate nach Operation.</p> <p>Zielwert: Hohe Differenz Score <math>t_0</math> und Score <math>t_1</math>.</p>
Datenquellen	<b>Neuer</b> Indikator. Eventuell Aufnahme in das Hüft-Endoprothesenregister (GÖG) denkbar.
Aktualität und Periodizität	
Berechnungsmethode	<p>Score-Differenz.</p> <p>HOOS-Score 6 Monate nach Einbau der Hüftprothese MINUS HOOS-Score präoperativ (KH-Aufnahme).</p>
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Bundesland, Alter
Verwendung	Der HOOS ist ein international bekannter und standardisierter selbstauszufüllender Fragebogen.
Referenzen	z.B.:

	<p>Frühe und mittelfristige klinische Ergebnisse nach Versorgung mit einer MiniHip-Kurzschaffprothese  <a href="http://www.online-oup.de/media/article/2012/05/68DF2EB8-33CB-4B34-AC21-68B5949CD56F/68DF2EB833CB4B34AC2168B5949CD56F_jerosch_1_original.pdf">http://www.online-oup.de/media/article/2012/05/68DF2EB8-33CB-4B34-AC21-68B5949CD56F/68DF2EB833CB4B34AC2168B5949CD56F_jerosch_1_original.pdf</a></p>
Anmerkungen	<p>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.  <a href="http://de.wikipedia.org/wiki/Endoprothesenregister">http://de.wikipedia.org/wiki/Endoprothesenregister</a></p> <p>Artikel in der Österreichischen Ärztezeitung vom 25.04.2013 zum Thema: Register für Hüftendoprothesen - Pilotphase als Dauerzustand?  <a href="http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2013/oeaez-8-25042013/hueftendoprothesenregister.html">http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2013/oeaez-8-25042013/hueftendoprothesenregister.html</a></p>

Kurz-Bezeichnung des Indikators (falls vorhanden)	<b>Zufriedenheit mit Knieprothese –Outcome</b>
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Outcome nach Einsatz einer Knieprothese.
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>Der <b>KOOS</b>-Fragebogen (Knee injury &amp; Osteoarthritis Outcomes Score) misst 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.  <a href="http://www.koos.nu">www.koos.nu</a></p> <p>Gemessen würde die Veränderung des KOOS-Scores zwischen präoperativer Erhebung (im Zug der Anamnese bei der KH-Aufnahme) und 6 Monate nach Operation.</p> <p>Zielwert: Hohe Differenz Score <math>t_0</math> und Score <math>t_1</math>.</p>
Datenquellen	<b>Neuer</b> Indikator.

Indikatorenbeschreibung Bereich 7: Zufriedenheit

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	Nilsdotter 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?

## Anhang

### Literaturübersicht

---

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

**A**

**Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports**

(A Resource Kit. Prepared for the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health)  
Government Services Canada, 2001, Cat. N° H39-566/2001E, ISBN 0-662-29866-7

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

Date: January 2001

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

**A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries**

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

Editors: Johan P. Mackenbach, Martin McKee

Date: 11 February 2013

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

**A conceptual framework for the OECD**

Health Care Quality Indicators Project

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

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

Date: September 2006

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

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/5.abstract](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/5.abstract)

**A framework for assessing the performance of health systems**

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

Editors: Christopher J.L. Murray and Julio Frenk

Date: 2000

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

**Ambulatory Care Sensitive Conditions, Master Thesis**

Erste Anwendung eines internationalen Indikators in der Steiermark

Autorin: Dr. Almut Michaela Frank, Medizinische Universität Graz

Datum: Graz, Dezember 2009

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

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

**AMIEHS - Avoidable mortality in the European Union:**

**Towards better indicators for the effectiveness of health systems**

EU Public Health Program 2007106, Volume 1: Final report

Editors: Iris Plug, Rasmus Hoffmann and Johan Mackenbach

Date: August 2011

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

**A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures**

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

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

Date: June 2009

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

**Atlas of health in Europe**

2nd edition 2008, ISBN 978 92 890 1410 6

Editor: WHO publishing

Date: 2008

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

**A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System**

Editor: Canadian Institute for Health Information

Date: 2013

<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC2196>

**B**

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

Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 45–51

Editors: Edward T. Kelley, Irma Arispe and Julia Holmes

Date: September 2006

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/45.long](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/45.long)

**Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit**

Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Sachverständigenrat der BRD für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Gutachten 2000/2001

<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=260>

**C**

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

HLS-EU Consortium (2012)

Editors: Jürgen Pelikan, Florian Röhlin, Kristin Ganahl

<http://www.health-literacy.eu>

**Conceptual frameworks for health system performance: a quest for effectiveness, quality and improvement**

International Journal for Quality in Health Care 2003; Volume 15, Number 5: pp. 377–398

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

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/5/377.short>

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

Economics Department Working Papers, No. 554

Editors: Unto Häkkinen and Isabelle Joumard

Date: 28 May 2007

[http://www.oecd-ilibrary.org/economics/cross-country-analysis-of-efficiency-in-oecd-health-care-sectors\\_178861806081](http://www.oecd-ilibrary.org/economics/cross-country-analysis-of-efficiency-in-oecd-health-care-sectors_178861806081)

**D**

**Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich**, Ausgabe 2010

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

AutorInnen: Claudia Habl, Florian Bachner

Datum: Wien, Februar 2010

<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Systembericht2010>

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

AutorInnen: Florian Bachner, Joy Ladurner, Katharina Habimana, Herwig Ostermann, Claudia Habl

Datum: Wien, Mai 2012

<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Das-oesterreichische-Gesundheitswesen-im-internationalen-Vergleich-2012.html>

**Determinants of Health Outcomes in Industrialised Countries:  
A Pooled, Cross-Country, Time-Series Analysis**

OECD Economic Studies No. 30, 2000/I

Editor: Zeynep Or

Date: 2000

<http://www.econbiz.de/Record/determinants-of-health-outcomes-in-industrialised-countries-a-pooled-cross-country-time-series-analysis-zeynep/10001457579>

**Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?**

WIP Diskussionspapier 12/09

AutorInnen: Frank Niehaus, Verena Finkenstädt

Datum: Dezember 2009

[http://www.wip-pkv.de/uploads/tx\\_nppresscenter/Deutschland\\_ein\\_teures\\_Gesundheitswesen.pdf](http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Deutschland_ein_teures_Gesundheitswesen.pdf)

**Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system**

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

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

Date: April 2004

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

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/suppl\\_1/i65.abstract](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/16/suppl_1/i65.abstract)

**E**

**Ergebnismodell**

Quint-essenz, Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention

Autor: Gesundheitsförderung Schweiz

Datum: 2006

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

**Eurohealth (4 articles) Volume 16 Number 3**

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

Author: Mark Exworthy

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

Author: Gwyn Bevan

Improving performance in the English National Health Service

Author: Chris Ham

Health system performance management: Quality for better or for worse

Author: Niek Klazinga

Date: 2010

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/129436/Eurohealth16\\_3.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf)

**European Health Indicators: Development and Initial Implementation**

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

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

Date: Helsinki 2008

[http://www.echim.org/docs/ECHIM\\_final\\_report.pdf](http://www.echim.org/docs/ECHIM_final_report.pdf)

**Euro Hepatitis Index**

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

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

Date: 6 November 2012

[http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=58&Itemid=78](http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=58&Itemid=78)

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

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

Editor: Euro Reach Publishing

Datum: August 2011

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

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

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

Date: August 2011

[http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP5%20Handbook\\_Draft%20Deliverable.pdf](http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP5%20Handbook_Draft%20Deliverable.pdf)

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

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

Editor: Zeynep Or

Date: August 2011

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

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

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

AutorInnen: Britta Zander, Reinhard Busse

Datum: August 2011

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

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

European Centre for Social Welfare Policy and Research (AT)

Date: August 2011

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

**Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?**

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Herausgeber: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Datum: 2012

[https://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc\\_show\\_pdf?p\\_id=15419&p\\_sprache=d&p\\_uid=gast&p\\_aid=31602443&p\\_lfd\\_nr=1](https://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=15419&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=31602443&p_lfd_nr=1)

**F**

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

HealthEcon. 12: 741–754 (2003)

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

Editors: Eric Delattre and Brigitte Dormont

Date: 20 June 2003

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

**G**

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

**Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich.**

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

Autoren:MM Hofmarcher, HM Rack

Datum: 2006

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

**Gesundheitssystemforschung in Österreich – erster Teil**

Soziale Sicherheit 10/2011

Autor:Gottfried Endel

Datum: Oktober 2011

[http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menu\\_id=71301&p\\_tabid=2&p\\_pubid=650904](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menu_id=71301&p_tabid=2&p_pubid=650904)

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

Autor:Markus Schneider

Datum: April 2002

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

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

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

Datum: 2004

**Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz**

Datum: 2005

Herausgeber: Gesundheitsförderung Schweiz

Autor: Francois van der Linde

[http://www.gesundheitsfoerderung-uri.ch/fileadmin/dateien/dokumente/Wissen/Praevention\\_abstract\\_de.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung-uri.ch/fileadmin/dateien/dokumente/Wissen/Praevention_abstract_de.pdf)

**H**

**Health at a Glance: Europe 2012**

OECD publishing

Date: 16 November 2012

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

**Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper**

OECD Health Working Papers No. 23

Editors:Edward Kelley and Jeremy Hurst

Date: 09 March 2006

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project\\_440134737301](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_440134737301)

**Health Care Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report**

OECD Health Working Papers No. 29

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

Date: 11 October 2007

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project-2006-data-collection-update-report\\_058047614770](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project-2006-data-collection-update-report_058047614770)

**Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report**

OECD Health Working Papers No. 22

Editors: Soeren Mattke, Edward Kelley, Peter Scherer, Jeremy Hurst, Maria Luisa Gil Lapetra

Date: 09 March 2006

[http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project\\_481685177056#page1](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_481685177056#page1)

**Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009**

OECD Health Working Papers No. 47

Editors: Saskia Drösler, Patrick Romano, Lihan Wei

Date: 23 November 2009

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

**Health Care Systems: Efficiency and Institutions**

OECD Economics Department Working Papers, No. 769

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

Date: 2010

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

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

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

Editors: M. Jee and Z. Or

Date: 1999

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

**Health Status Determinants:**

**Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency**

OECD Economics Department Working Papers, No. 627

Editor: I. Joumard et al.

Date: 2008

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

**Health care system performance of 27 OECD countries**

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

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

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

Date: 2 February 2012

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

**Health indicators for the European Community**

The ECHI project

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

Editor: Pieter G. N. Kramers

Date: 2003

[http://eurpub.oxfordjournals.org/content/13/suppl\\_3/101.short](http://eurpub.oxfordjournals.org/content/13/suppl_3/101.short)

**Health Inequalities: Europe in Profile**

An independent, expert report commissioned by the UK

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

Editor: Prof. Dr Johan P. Mackenbach

Date: February 2006

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf)

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

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

Datum: 2013.

Editors: Irene Papanicolas, Peter C. Smith

ISBN-10: 033524726-1

**How much does health care contribute to health gain and to health inequality?  
Trends in amenable mortality in New Zealand 1981-2004**

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

Editors: Martin Tobias and Li-Chia Yeh

Date: 10 February 2009

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

**Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century**

Health Promotion International 15, 259–267

Date: 2000

Author: Nutbeam, D

<http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.short>

**J**

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

Editor: WHO publishing

Date: Copenhagen, 5–7 February 2013

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

**K**

**Krankheiten in Österreich – zweiter Teil**

Soziale Sicherheit 12/2011

Autor: Gottfried Endel

Datum: Dezember 2011

[http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/hvbportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=74337&p\\_tabid=2&p\\_pubid=651917](http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=74337&p_tabid=2&p_pubid=651917)

**M**

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

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

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

Date: 9 March 2009

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-disparities-in-health-status-and-in-access-and-use-of-health-care-in-oecd-countries\\_225748084267](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-disparities-in-health-status-and-in-access-and-use-of-health-care-in-oecd-countries_225748084267)

**Measuring quality in Australian mental health services**

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

Date: December 1999

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

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

BMJ 1999;319:94–8, BMJ VOLUME 319, [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

Editors: Antonio Giuffrida, Hugh Gravelle, Martin Roland

Date: 10 July 1999

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

**Measuring Results of Health**

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

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

Date: 1997

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

**Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis**

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

Editors: Ellen Nolte and C. Martin McKee

Date: 2008

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

**Measuring Up. Improving Health System Performance in OECD Countries**

Editor: Peter Smith

Date: 2002

[http://www.oecd.org/els/health-systems/measuringup\\_improvinghealthsystemperformanceinoecdcountries.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/measuringup_improvinghealthsystemperformanceinoecdcountries.htm)

**Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries:  
Estimates and Methodological Issues**

OECD Health Working PapersNo. 55doi: 10.1787/5kgj35f9f8s2-en

Editor: J. G. Gay et al.

Date: 31 January 2011

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mortality-amenable-to-health-care-in-31-oecd-countries\\_5kgj35f9f8s2-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/mortality-amenable-to-health-care-in-31-oecd-countries_5kgj35f9f8s2-en)

**Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention**

Health Promotion International (doi:10.1093/heapro/dam038)

Authors: Brenda Spencer, Ursel Broesskamp-Stone, Brigitte Ruckstuhl, Guenter Ackermann, Adrian Spoerri, Bernhard Cloetta

Date: 2007

**O**

**OECD Health Care Quality Indicator Project**

**The expert panel on primary care prevention and health promotion**

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

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

Date: September 2006

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

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/21.full](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/21.full)

**Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007**

Hauptergebnisse und methodischeDokumentation

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

AutorInnen:Jeannette Klimont, Josef Kytir, Barbara Leitner

Datum:Wien 2007

[http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457)

**Österreichische Gesundheitsbefragung 2014**

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

Datum: Wien, 2014

**P**

**Performance indicators for primary care groups: An evidence based approach**

General practice

BMJ VOLUME 317, [www.bmj.com](http://www.bmj.com)

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

Date: 14 November 1998

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

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

European Observatory on Health Systems and Policies

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

Date: 2010

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

**Performance 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>

**Performance von Gesundheitssystemen**

Health System Watch IV / WINTER 2010

Autoren: Thomas Czypionka, Gerald Röhrling, Marcel Kalmar

Datum: 2010

[http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw10\\_4d.pdf](http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw10_4d.pdf)

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

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

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

Datum: 2011

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

**Public Sector Performance: Gesundheit**

Eine erste Abschätzung im internationalen Vergleich

Studie im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich

AutorInnen: Thomas Czypionka, Gerald Röhrling, Karin Schönplugg

Datum: Juli 2012

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

**Q**

**Quality and Outcome Indicators for Acute Healthcare Services**

Australian Government Publishing Service

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

Date: Canberra, 1997

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

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

European Commission

Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

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

Date: March 2008

[http://www.raceforhealth.org/resources/library/european\\_commission/quality\\_in\\_and\\_equality\\_of\\_access\\_to\\_health\\_care\\_services\\_executive\\_summary](http://www.raceforhealth.org/resources/library/european_commission/quality_in_and_equality_of_access_to_health_care_services_executive_summary)

**Quality indicators for international benchmarking of mental health care**

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

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

Date: September 2006

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/31.full](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/31.full)

**R**

**Rahmen-Gesundheitsziele**

Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich, Langfassung

Autorinnen: Doz. Dr. Pamela Rendi-Wagner, Mag. Christa Peinhaupt,

Datum: Wien, 2012

[http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/rahmen-gesundheitsziele\\_240512.pdf](http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/rahmen-gesundheitsziele_240512.pdf)

**Recent findings on preventable hospitalizations**

HealthAffairs, 15, no.3 (1996):239-249

Editors: J. Billings, G. M. Anderson and L. S. Newman

Date: 1996

<http://content.healthaffairs.org/content/15/3/239.abstract>

**S**

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

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 14–20

Editors: Vivienne McLoughlin, John Millar, Soeren Mattke, Margarida Franka, Pia Maria Jonsson, David Somekh and David Bates

Date: September 2006

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

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/14.long](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/14.long)

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

OECD Health Technical Papers No. 14

Editors: Laura Lambie, Soeren Mattke

Date: 28 October 2004

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/selecting-indicators-for-the-quality-of-cardiac-care-at-the-health-systems-level-in-oecd-countries\\_230016103828](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/selecting-indicators-for-the-quality-of-cardiac-care-at-the-health-systems-level-in-oecd-countries_230016103828)

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

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 39–44

Editors: Ulla M. Idänpään-Heikkilä, Laura Lambie, Soeren Mattke, Vin Mc Laughlin, Heather Palmer and Jack V. Tu

Date: September 2006

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/39.full](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/39.full)

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

International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 26–30

Editors: Antonio Nicolucci, Sheldon Greenfield and Soeren Mattke

Date: September 2006

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/26.full](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/26.full)

**Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit**

Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007

Statistik Austria, ISBN 978-3-902611-12-3

AutorInnen: Jeannette Klimont, Petra Ihle, Erika Baldaszi, Josef Kytir

Datum: Wien 2008

[http://www.statistik.at/web\\_de/dynamic/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/publdetail?id=88&listid=88&detail=458](http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/publdetail?id=88&listid=88&detail=458)

**T**

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

BMC Family Practice 2010, 11:81

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

Date: 2010

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

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

**The Measurement of Efficiency and Productivity of Health Care Delivery**

HealthEcon. 17: 1107–1128 (2008)

Published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).

DOI: 10.1002/hec.1391

Editor: Bruce Hollingsworth

Date: 13 August 2008

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

**The OECD Health Care Quality Indicators Project: History and Background**

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

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

Date: September 2006

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

[http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/1.full](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/1.full)

**The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions**

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

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

Date: September 2004

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

**U**

**Umsetzung von Gesundheitszielen**

Maßnahmen und Monitoring am Beispiel ausgewählter Länder

Institut für Höhere Studien

Im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger

AutorInnen: Thomas Cypionka, Clemens Sigl, Miriam Reiss

Datum: Mai 2013

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

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

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

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

Date: 25 September 2012

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

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

**A review of the literature**

Health Serv Manage Res 2002 15: 126

Editor: Tim Freeman

Date: May 2002

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

V

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

Health Econ. 17: S1–S8 (2008)

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

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

Date: 9 January 2008

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

**Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben**

Gesundheitsversorgung und Disease Management–Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung

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

Datum: Bern, 2003

[http://www.researchgate.net/publication/255650984\\_Versorgungsforschung\\_Begriffsbestimmung\\_Gegenstand\\_und\\_Aufgaben\\_13?ev=pub\\_cit](http://www.researchgate.net/publication/255650984_Versorgungsforschung_Begriffsbestimmung_Gegenstand_und_Aufgaben_13?ev=pub_cit)

**Versorgungsforschung – Begriffsbildung, Ziele und Forschungszeige**

Kolloquium Versorgungsforschung der European Medical School

Autor: Univ.-Prof. Dr. Holger Pfaff

Datum: Oldenburg, 02.05.2011

[http://www.offis.de/fileadmin/Redakteur\\_fue\\_files/Gesundheit/EMS/Folien/EMS\\_Kolloquium\\_Versorgungsforschung\\_Prof.\\_Pfaff\\_Uni\\_Koeln\\_Folien\\_20110502.pdf](http://www.offis.de/fileadmin/Redakteur_fue_files/Gesundheit/EMS/Folien/EMS_Kolloquium_Versorgungsforschung_Prof._Pfaff_Uni_Koeln_Folien_20110502.pdf)

W

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

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

Editors: Gwyn Bevan and Christopher Hood

Date: 2006

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

**Wiederaufnahmen in österreichischen Krankenhäusern. Eine tracerspezifische Betrachtung, Master Thesis**

Autor: Stefan Hinteregger, Fachhochschule Kärnten

Datum: Radenthein, 2012

[http://www.hauptverband.at/mediaDB/947958\\_Masterthesis-Wiederaufnahmen\\_in\\_Krankenanstalten.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/947958_Masterthesis-Wiederaufnahmen_in_Krankenanstalten.pdf)