

FACT SHEET & METHODISCHE ÜBERSICHT

Outcome-Messung: Langzeitpflege und -betreuung (LTC)

1. Einleitung

Die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit¹ konzipierte Outcome-Messung im Gesundheitswesen zielt darauf ab, Messergebnisse systematisch darzustellen und Aussagen zur Performance (Leistungsfähigkeit) des Gesundheitssystems abzuleiten.

Die Messung von Outcomes richtet den **Fokus auf Ergebnisse**, die durch Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems beeinflusst werden. Die Outcome-Messung soll **Handlungsfelder identifizieren**, die – unter Einbezug relevanter Stakeholder – eine vertiefende Analyse erfordern.

Die Outcome-Messung soll als **Instrument zur gezielten Priorisierung und informierten Entscheidungsfindung** dienen; nicht zu einer Wertung im Sinne von gut oder schlecht. Im Zeitverlauf kann sie etwa Hinweise zur Effektivität gesetzter Maßnahmen liefern oder Potenziale aufzeigen, negativen Entwicklungen gegenzusteuern.

Die **bisherigen Ergebnisberichte**² basieren auf einem von Bund, Ländern und Sozialversicherung akkordierten Framework (siehe S. 5) und stellen detaillierte Auswertungen zu den Funktionsbereichen **Gesundheitsförderung und Prävention** sowie **Kuration** zur Verfügung. Dafür wurden bisher 38 Indikatoren entwickelt, von denen derzeit 34 auswertbar sind.

Um das Gesundheitssystem umfassend abbilden zu können, war eine **Erweiterung des Indikatoren-Sets** um die Bereiche **Langzeitpflege und -betreuung** bzw. Hospiz- und Palliativversorgung (auf Palliativstationen) vorgesehen. Nachdem die Arbeiten des ersten Halbjahres 2018 auf die Ableitung von Indikatoren zur Hospiz- und Palliativversorgung fokussierten, wurde der Bereich der Langzeitpflege und -betreuung im zweiten Halbjahr 2018 bearbeitet. Die Indikatoren beziehen sich zum einen entweder auf den stationären oder auf den mobilen Bereich, zusätzlich sind auch Indikatoren vorgesehen, die alle Bereiche der Langzeitpflege und -betreuung adressieren.

¹ Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) für die Periode 2013–2016 bzw. der Zielsteuerungsvertrag für die Periode 2017–2021 zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung sehen vor, dass eine regelmäßige, systematische, international vergleichbare und – soweit erforderlich – regionalisierte Outcome-Messung (insb. der Wirkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration) im Gesundheitswesen etabliert wird.

² Bachner, Florian; Griebler, Robert; Schmidt, Andrea; Mathis-Edenhofer, Stefan; Rainer, Lukas (2020): Outcome-Messung im Gesundheitswesen basierend auf dem Mess- und Vergleichskonzept. Detailanalyse relevanter Outcomes im Gesundheitswesen. Aktualisierte Fassung 2020. Zur Vorlage an die Bundes-Zielsteuerungskommission. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien.

2. Methodische Vorgehensweise im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung (LTC)

Die Methodik im Bereich LTC kann folgendermaßen zusammengefasst werden. Basierend auf vorangegangenen Arbeiten (Stakeholder-Workshop Dezember 2017) und einer **systematischen Literaturrecherche** wurde ein adaptiertes **Delphi-Verfahren** mit Expertinnen und Experten zur Vorauswahl relevanter Outcome-Indikatoren angewandt. Als Ergebnis wurden in einem ersten Schritt **75 Indikatoren** (49 für den stationären und 26 für den mobilen Bereich) identifiziert, die den Zielen des Outcome-Frameworks zugeordnet wurden (siehe Tabelle 1). In weiterer Folge wurden die Indikatoren von **Expertinnen und Experten** priorisiert und im Rahmen eines **Stakeholder-Workshops** (4.12.2018) einer neuerlichen Bewertung unterzogen, wodurch ein Konsens über die Auswahl von **neun Indikatoren** hergestellt werden konnte³. Die einzelnen Schritte werden im Anhang dieses Fact Sheets genauer erläutert.

Tabelle 1: Vorauswahl an Indikatoren

Outcome-Ziel	Indikatoren	
	stationär	mobil
Zugang und Fairness sicherstellen	7	5
Qualität sicherstellen	25	10
Lebensqualität verbessern	17	11
Summe	49	26

3. Ergebnis

Die folgenden neun Indikatoren sind Ergebnis des Auswahlprozesses und bilden sowohl den mobilen als auch den stationären Bereich ab.⁴ Die Indikatoren (Tabelle 2 und 3) werden für die Outcomemessung im Bereich LTC von den Expertinnen und Experten bzw. von den involvierten Stakeholdern als geeignet erachtet.

Tabelle 2: Anzahl priorisierter Indikatoren

Outcome-Ziel	Subindikatoren		Indikatoren gesamt
	stationär	mobil	
Zugang und Fairness sicherstellen		1	1
Qualität sicherstellen	4	2	4
Lebensqualität verbessern	3	2	4
Summe	7	5	9

Tabelle 3: Übersicht über die priorisierten Indikatoren

Indikator	Setting
Ziel: Zugang und Fairness sicherstellen	
1. Entlastung betreuender Angehöriger (M5)	vorerst nur mobil
Ziel: Qualität sicherstellen – (Effektivität und Sicherheit der medizinischen und pflegerischen Versorgung)	
2. Polymedikation in der Langzeitpflege und -betreuung (M6, S8)	mobil und stationär
3. Dekubitus Inzidenz (S13)	stationär
4. unbeabsichtigter Gewichtsverlust	stationär
Ziel: Qualität sicherstellen – medizinische Pflegequalität (Koordination)	
5. Vermeidbare stationäre Aufenthalte (M12, S24)	mobil und stationär
Ziel: Lebensqualität verbessern	
6. Lebensqualität der betreuten Personen: Gesamtbewertung (M17)	vorerst nur mobil
7. Selbst- und Fremdeinschätzung der Schmerzsituation (S46)	stationär
8. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FM) (S48)	stationär
9. Wünsche zum Lebensende berücksichtigen (advance care planning) (M28, S54)	mobil und stationär

³ Ein Indikator (Abdeckungsgrad Pflege- und Betreuungsdienste) wurde in der Fachgruppe Public Health vom 13.05.2019 mit der Begründung, dass es sich um einen Strukturindikator handelt, aus dem Indikatorenset genommen.

⁴ Bei drei der neun Indikatoren werden durch Teilindikatoren beide Settings (mobil und stationär) adressiert. Vier Indikatoren beziehen sich lediglich auf den stationären, und zwei Indikatoren nur auf den mobilen Bereich. Somit setzten sich die neun Indikatoren aus sieben Teilindikatoren des stationären und fünf Teilindikatoren des mobilen Bereiches zusammen.

4. Ausblick

Bei drei Indikatoren (Nr. 1, 6, 8) wurde die Datenverfügbarkeit als gut eingeschätzt, weshalb Auswertungen ab sofort möglich sind. Bei den verbleibenden vier Indikatoren wurde die Datenverfügbarkeit als derzeit nicht vorhanden eingeschätzt. Bei zwei Indikatoren ist die Datenverfügbarkeit derzeit noch offen.

Mitwirkende der Gesundheit Österreich GmbH:

Andrea E. Schmidt, Lukas Rainer, Florian Bachner, Elisabeth Pochobradsky, Brigitte Juraszovich

ANHANG

Ausführliche Beschreibung der methodischen Schritte

Systematische Literaturrecherche

Um eine Übersicht zum **aktuellen Forschungsstand** der Anwendung von Indikatoren zur Outcomemessung in der Langzeitpflege und -betreuung zu erhalten, wurde zunächst eine systematische Literaturrecherche für den Zeitraum 2008–2017 durchgeführt. Unter anderem wurde die Übersichtsarbeit des EU-Projektes *Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren*⁵, sowie die Länderbeispiele Deutschland und die Niederlande als internationale Good-Practice Beispiele näher analysiert.

Bereits im Dezember 2017 wurde ein Stakeholder-Workshop zur Diskussion des Outcomebegriffs und möglicher Indikatoren abgehalten, dessen Ergebnisse gemeinsam mit einer neuerlichen Literaturrecherche im Jahr 2018 die Grundlage für die Vorauswahl an Indikatoren bildete.

Adaptiertes Delphi-Verfahren mit Expertinnen und Experten

Um die Vorauswahl an international validierten Indikatoren weiter zu verfeinern und an den österreichischen Kontext anpassen zu können, wurde ein adaptiertes Delphi-Verfahren angewandt. Dazu wurden ausgewählte **Expertinnen und Experten** im Bereich LTC eingeladen, die vorausgewählten Indikatoren zu bewerten (Workshop am 22.10.2018). Bei der Auswahl der Expertinnen und Experten wurde neben **wissenschaftlicher Expertise** auf eine **multiprofessionelle Zusammensetzung** geachtet, um dem multidimensionalen Charakter der LTC abzubilden. Zu Beginn wurden die vorgeschlagenen Indikatoren systematisch und individuell bewertet sowie priorisiert. Im Anschluss erfolgte eine **Gruppendiskussion und neuerliche Bewertung**, getrennt nach den Kategorien Validität, Beeinflussbarkeit, Interpretierbarkeit sowie Aussagekraft. Im Endergebnis wurde ein überschaubares Set an Indikatoren als geeignet bewertet. Als Follow-up wurden die Expertinnen und Experten gebeten, die Indikatoren für den mobilen Bereich zu bewerten und die Gruppenbewertung zu reflektieren und ggfs. eine neue Bewertung abzugeben sowie die beim Expertenworkshop nicht priorisierten Indikatoren ebenfalls zu bewerten.

Aufbauend auf den Ergebnissen des adaptierten Delphi-Verfahrens wurde ein Stakeholder-Workshop (am 4.12.2018) unter Einbezug aller Zielsteuerungspartner durchgeführt. Zur Einschätzung der **gesundheitpolitischen Relevanz** und der praktischen Umsetzbarkeit wurden Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung, sowie Stakeholder aus der Praxis geladen.

Die Bewertung der bisher (von den Expertinnen und Experten) positiv bewerteten Indikatoren erfolgte getrennt nach den Kategorien gesundheitspolitische Relevanz, gesundheitspolitische Beeinflussbarkeit, sowie Datenverfügbarkeit (siehe Anhang). Zudem wurden neue Vorschläge für Indikatoren eingebracht und bei entsprechend positiver Bewertung in die Liste der priorisierten Indikatoren aufgenommen.

⁵ Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (2010): Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime. Qualitätsmanagement durch ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren. PROGRESS Programme of DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

Zusammenfassung der Diskussion: priorisierte Indikatoren

Indikator	Setting	Berechnung	Bewertung	Diskussion	Datenverfügbarkeit
Ziel: Zugang und Fairness sicherstellen			(4.12)		
1. Entlastung betreuender Angehöriger (M5) <ul style="list-style-type: none"> ○ körperliche Belastung (M5.a) ○ psychische Belastung (M5.b) ○ zeitliche Belastung (M5.c) ○ finanzielle Belastung (M5.d) ○ sonstige Belastung (M5.e) 	vorerst nur M	<i>ZÄHLER: Anzahl pflegender Angehörige von zuhause betreuten/gepflegten PGB, die sich a) körperlich (bzw. b) psychisch, c) zeitlich, d) finanziell bzw. e) sonstig nicht belastet fühlen</i> <i>NENNER: Gesamtanzahl der befragten Hauptbetreuungspersonen von zuhause betreuten/gepflegten Personen</i>	1,2	Motivation: Ermöglicht die Berücksichtigung pflegender Angehöriger Limitationen: Entlastung schwer zu messen, Entlastungsdienste wären auch relevant	gut – Auswertungen der Hausbesuche (Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege)
Ziel: Qualität sicherstellen – (Effektivität und Sicherheit der medizinischen und pflegerischen Versorgung)					
2. Polymedikation in der Langzeitpflege und –betreuung				Motivation: international etabliert, adressiert Interdisziplinarität (Medizin – Pflege, Verantwortung für gültige Medikamentenliste) Limitationen: Arzneimittel unter der Rezeptgebührengrenze sind i.d.R. nicht erfasst; Multimorbidität kann nicht von Polymedikation getrennt werden; Abgrenzung/Erfassung der mobilen und stationären Pflege aufgrund einer geringen Anzahl an Selbstzahlern im Pflegeheim unvollständig ⁴	HVB, Verknüpfung Pflegegeld-Verordnungsdaten
• mobil (M6)	M	<i>Zähler: PGB ohne Übergangsgrund des Pflegegeldes mit mehr als 9 verschriebenen Wirkstoffen (in den letzten 2 Quartalen vor der Erhebung)</i> <i>Nenner: Gesamtanzahl an PGB ohne Übergangsgrund</i>	1,3		
• stationär (S8)	S	<i>Zähler: PGB mit Übergangsgrund des Pflegegeldes mit mehr als 9 verschriebenen Wirkstoffen (in den letzten 2 Quartalen vor der Erhebung)</i> <i>Nenner: Gesamtanzahl an PGB mit Übergangsgrund</i>	1,9		
3. Dekubitus Inzidenz (S13)	S	<i>ZÄHLER: Anzahl an BewohnerInnen mit Dekubitus (Stufen 2-4), die im Pflegeheim entstanden sind</i> <i>NENNER: Gesamtanzahl an BewohnerInnen</i> <i>Anm.: Ausgenommen Patienten/Patientinnen mit Bedarf an Palliativversorgung; Risikoadjustierung (z.B. nach PG-Stufe): Assessment laut European Pressure Ulcer Advisor Panel.</i>	1,5	Motivation: international etabliert Limitationen: Herausforderung der einheitlichen Erhebung (einheitlicher Score), Korrelation mit Alter, und bestimmten Krankheitsbildern	Eher schlecht – keine Information
4. unbeabsichtigter Gewichtsverlust	S	<i>ZÄHLER: Anzahl an BewohnerInnen mit einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust von 3% und mehr in den letzten 3 Monaten</i> <i>Anm: Ausgenommen Patienten/Patientinnen mit Bedarf an Palliativversorgung</i>	2,1	Motivation: international etabliert, gesundheitspolitisch durch Personaleinsatz beeinflussbar, zahnärztliche Versorgung wird ebenfalls adressiert Limitationen: Gewichtsverlauf meist relevanter als –	Eher schlecht – Daten für NÖ und Wien auf Trägerebene verfügbar
Ziel: Qualität sicherstellen – medizinische Pflegequalität (Koordination)					
5. Vermeidbare stationäre Aufenthalte				Motivation: hohe gesundheitspolitische Relevanz Limitation: adäquate ACSC-Liste Voraussetzung für gute Interpretierbarkeit (aktuelle vs. neue Liste). Abgrenzung/Erfassung der mobilen und stationären Pflege aufgrund einer geringen Anzahl an Selbstzahlern im Pflegeheim unvollständig ⁴	HVB, Verknüpfung Pflegegeld-stationäre Daten
• Mobil (M12)	M	<i>ZÄHLER: (Anzahl an Krankenhausaufenthalten von PGB ohne Übergangsgrund des Pflegegeldes mit Diagnosen der ACSC²-Liste*) x 1.000</i> <i>NENNER: Gesamtanzahl an PGB ohne Übergangsgrund des Pflegegeldes Risikoadjustierung (z.B. nach PG-Stufe)</i>	1,6		
• Stationär (S24)	S	<i>ZÄHLER: (Anzahl an Krankenhausaufenthalten von PGB mit Übergangsgrund des Pflegegeldes, mit Diagnosen einer modifizierten ACSC-Liste*) x 1.000</i> <i>NENNER: Gesamtanzahl an PGB mit Übergangsgrund des Pflegegeldes Risikoadjustierung (z.B. nach PG-Stufe)</i>	1,3	Möglicher (fach)ärztlicher Unterversorgung sollte entgegengesteuert werden, könnte auf vermeidbare Wiederaufnahmen eingeschränkt werden	

Ziel: Lebensqualität verbessern					
6.	Lebensqualität der betreuten Personen: Gesamtbewertung (M17)	vorerst nur M	<p><i>Präferenzgewichteter Gesamtwert aller ASCOT-Domänen, der angibt inwiefern die aktuelle Pflege- und Betreuungssituation den Vorstellungen der pflegebedürftigen Personen entspricht.</i></p> <p><i>Ann: vorerst PGB, die mobil/zuhause gepflegt werden (Qualitätssicherungsdaten)</i></p> <p><i>ASCOT-Domäne: Selbstbestimmung, Körperpflege und körperliches Wohlbefinden, Essen und Trinken, Persönliche Sicherheit, Sozialleben, Aktivitäten und Beschäftigung, Sauberes und wohnliches Zuhause, Würde und Selbstwertgefühl)</i></p>	<p>Motivation: Bei einheitlicher Befragung idealer Indikator, intern. Vgl. bei Anwendung der Präferenzgewichte möglich</p> <p>Limitationen: Lebensqualität enthält Dimensionen, die durch mobile Dienste kaum beeinflussbar sind, PGB, die im Pflegeheim leben nicht erfasst (Ziel der Ausweitung auf alle PGB)</p>	<p>eher gut</p> <p>Trukeschitz et al.³, Auswertungen der Hausbesuche (Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege)</p>
7.	Selbst- und Fremdeinschätzung der Schmerzsituation (S46)	S	<p><i>ZÄHLER: Anzahl an BewohnerInnen, die angeben, (bzw. Fremdeinschätzung: für die angegeben wird) innerhalb der letzten vier Wochen unter (sehr) starken Schmerzen gelitten zu haben</i></p> <p><i>NENNER: Gesamtanzahl an BewohnerInnen</i></p> <p><i>Ann: Liste etablierter Assessment Tools (inkl. Ergebniswert) zu definieren (z.B. numerische Rating-Skala bzw. BESD, Doloplus 2)</i></p>	<p>1,5</p> <p>Fremdeinschätzung bei kognitiver Beeinträchtigung, Messung des Schmerzverlaufes wäre erstrebenswert</p>	<p>Eher schlecht – keine Information</p>
8.	Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (FM) (S48)	S	<p><i>ZÄHLER: Anzahl an BewohnerInnen bei denen im Beobachtungszeitraum eine FM zur Anwendung kommt</i></p> <p><i>NENNER: Gesamtanzahl an BewohnerInnen</i></p>	<p>1,6</p> <p>Motivation: steigende Bedeutung (Demenzkerkrankte)</p> <p>Limitationen: aktuell sehr kleiner Bereich, schwer beeinflussbar</p>	<p>gut</p> <p>(Pflegedokumentationssystem, muss an die Bewohnervertretung nach HeimAufG / VertretungsNetz gemeldet werden)</p>
	• Anwendung von einer FM (S48.a)	S	<p><i>ZÄHLER: Anzahl an BewohnerInnen bei denen im Beobachtungszeitraum zwei oder mehr FM zur Anwendung kommen</i></p> <p><i>NENNER: Gesamtanzahl an BewohnerInnen</i></p>	<p>verschiedene Arten der FM werden zusammengefasst (medikamentös, Hindern am Verlassen des Bettes, der Sitzgelegenheit, eines Bereiches)</p>	
	• Anwendung von mehr als einer FM (S48.b)	S	<p><i>ZÄHLER: Anzahl an BewohnerInnen bei denen im Beobachtungszeitraum zwei oder mehr FM zur Anwendung kommen</i></p> <p><i>NENNER: Gesamtanzahl an BewohnerInnen</i></p>		
9.	Wünsche zum Lebensende berücksichtigen (advance care planning)			<p>Motivation: Berücksichtigung des HOS/PAL Bereiches in der Grundversorgung</p>	
	• Mobil (M28)	M	<p><i>ZÄHLER: Anzahl an mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten, die die Wünsche der PGB von Pflege und Medizin (vorzugsweise gemeinsam) zum Lebensende erheben, dokumentieren und danach handeln (advance care planning)</i></p> <p><i>NENNER: Gesamtanzahl an mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten</i></p>	<p>1,5</p> <p>alle Instrumente zur Berücksichtigung des Patientenwunsches sollten berücksichtigt werden (nicht exklusiv VSD)</p>	<p>keine Information DVHÖ</p>
	• Stationär (S54)	S	<p><i>ZÄHLER: Anzahl an Pflegeheimen, die die Wünsche der BewohnerInnen von Pflege und Medizin (vorzugsweise gemeinsam) zum Lebensende erheben, dokumentieren und danach handeln</i></p> <p><i>NENNER: Gesamtanzahl an Pflegeheimen</i></p>	<p>1,3</p>	

Anmerkungen: ¹ Die Gesamtbewertung bezieht sich auf den Mittelwert der Bewertungskriterien Gesundheitspolitische Relevanz und Gesundheitspolitische Beeinflussbarkeit. Die Gruppenbewertungen (zwei Gruppen mit je acht TN, eine Gruppe mit sieben TN, eine Follow-Up Bewertung; N=24) wurden mit der Anzahl der TN je Gruppe gewichtet und zu einem gewichteten Mittelwert zusammengeführt.

² Als ACSC werden medizinisch begründete, potenziell vermeidbare stationäre Aufenthalte bezeichnet, die mittels adäquater ambulanter Versorgung innerhalb der Gesellschaft vermeidbar gewesen wären. Als ACSC-Krankheits-Gruppen gelten: Diabetes melitus mit Komplikationen, Hypertonie, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, HNO-Infektionen, Grippe und Pneumonie, Erkrankungen der Atemwege, Asthma, COPD, Emphysem, Dehydratation und Gastroenteritis, Dekubitus und Ulcus der Haut, Osteoporose, Rückenschmerzen. Diese ACSC Liste ist ggf. entsprechend zu modifizieren (Community Care Sensitive Conditions).

³ Trukeschitz, Birgit; Hajji, Assma; Litschauer, Judith; Kieninger, Judith (2018). EXCELC-Austria. Exploring Comparative Effectiveness and Efficiency in Long-Term Care

⁴ Die Zuordnung von PGB zur mobilen bzw. stationären Langzeitpflege bzw. -betreuung erfolgt näherungsweise über den „Übergangsgrund“ in der Pflegegeld-Datenbank. Liegt ein solcher vor, geht das Pflegegeld bis zu 80 Prozent auf das Heim über (§ 13 Abs. 1 BPGG) und die Person wird daher jedenfalls stationär gepflegt. PGB ohne Übergangsgrund werden entweder zuhause gepflegt oder sind Selbstzahler im Pflegeheim, weshalb als Limitation anzuführen ist, dass diese Gruppe nicht gänzlich dem mobilen Setting zuzuordnen ist. Der Anteil der Selbstzahler wurde jedoch in der Vergangenheit als mengenmäßig gering eingeschätzt (Dexhopp, Medizinische Versorgung in Pflegeheimen in Österreich (2018) <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844174&portal=svportal>). Zudem sollte sich dieser seit der Abschaffung des Pflegeregresses am 1. Jänner 2018 weiter reduzieren, da der ökonomische Anreiz selbst für die Pflegekosten aufzukommen um einen Regress zu verhindern, obsolet geworden ist.

Abkürzungen: ASCOT = Adult Social Care Outcomes Toolkit; ACSC = Ambulatory Care Sensitive Conditions: Krankheitskomplexe, bei denen für die betroffenen PatientInnen ein Krankenhausaufenthalt potentiell vermeidbar wäre; BESD = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz; DIAG = Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; DVHÖ=Dachverband Hospiz Österreich; FM = Freiheitsbeschränkende Maßnahmen; PGB = PflegegeldbezieherInnen; TN = TeilnehmerIn; VSD = Vorsorgedialog (DVHÖ)

Outcome-Framework

Zuordnung der Indikatoren nach Funktionen des Gesundheitsförderungs- und versorgungssystems

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

2. **Lebensqualität** verbessern

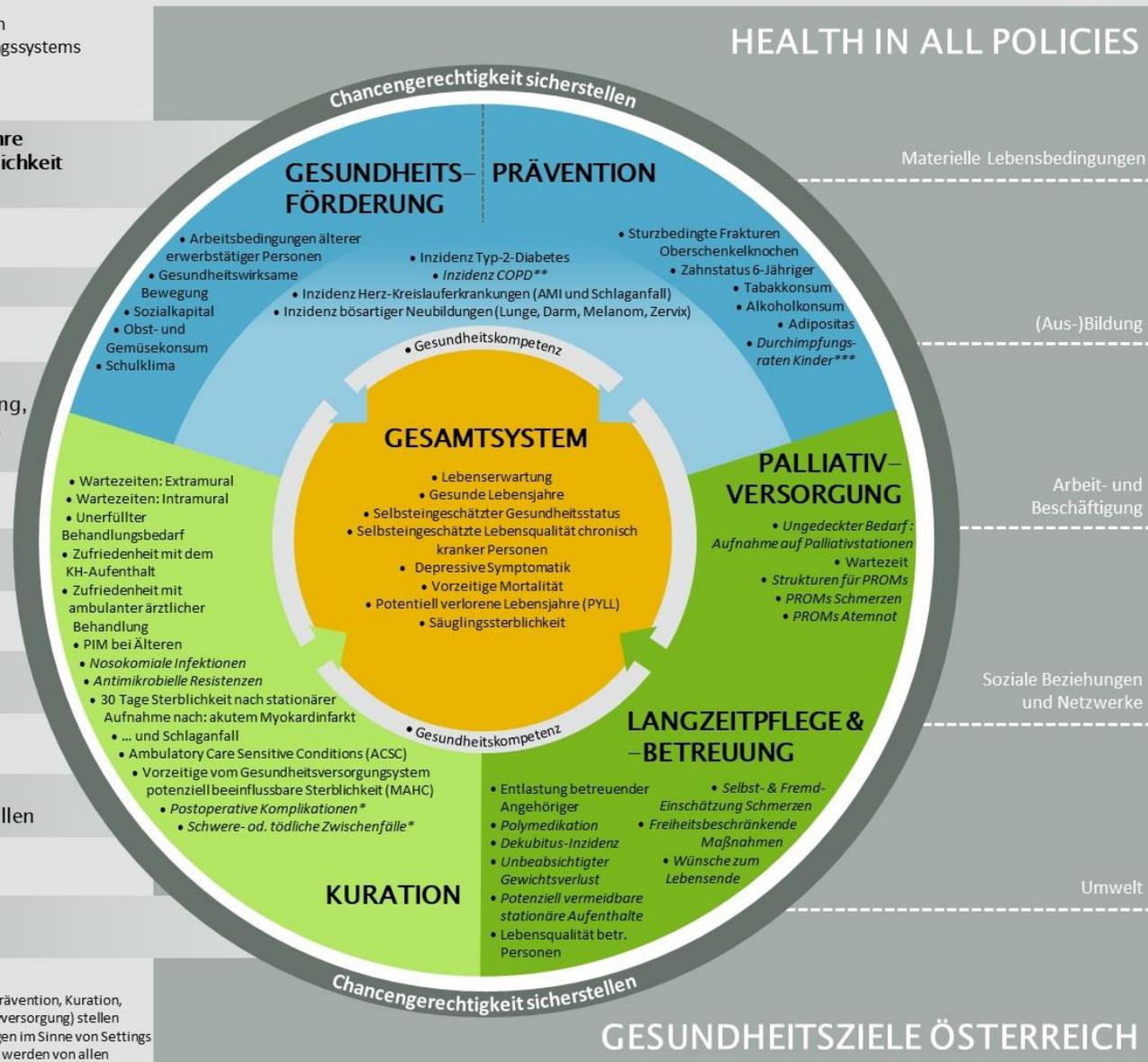
3. **Qualität** sicherstellen (Patienten-/Nutzerorientierung, Angemessenheit, Effektivität, Sicherheit)

4. **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung stärken

5. **Zugang und Fairness** sicherstellen

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

7. **Akute Ereignisse** vermeiden bzw. behandeln



Die dargestellten **Funktionen** (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Langzeitpflege und -betreuung und Hospiz- und Palliativversorgung) stellen keine Verantwortungs- oder Finanzierungszuschreibungen im Sinne von Settings der Leistungserbringung dar. **Gesamtsystem-Outcomes** werden von allen Akteuren mitbeeinflusst (inkl. HiAP). **Prävention** schließt Primär-, Sekundär- u. Tertiärprävention mit ein. **Inzidenzen** (hellblauer Bereich): mittel- bis langfristige Beeinflussbarkeit durch Gesundheitsförderungs- und Prävention.

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