



Europäische  
Kommission



Peer Review  
zu Sozialschutz und  
sozialer Eingliederung

# Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems

**KURZBERICHT**

Belgien, 19.-20. Mai 2014

Diese Veröffentlichung wurde für die Europäische Kommission erarbeitet von



© Titelillustration: Europäische Union

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die im Namen der Kommission handeln, können für die Verwendung von in dieser Publikation enthaltenen Informationen verantwortlich gemacht werden.

Weitere Informationen zu den Peer Reviews sind erhältlich unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en>

© Europäische Union, 2014

Vervielfältigung ist nur unter Angabe der Quelle gestattet.

Brüssel (Belgien) war der Veranstaltungsort für diesen Peer Review, der vom 19.-20. Mai 2014 vom belgischen Föderalen Öffentlichen Dienst Soziale Sicherheit ausgerichtet wurde. Neben dem Gastgeberland waren neun weitere Peer-Länder vertreten: Österreich, Estland, Deutschland, Luxemburg, Malta, Niederlande, Portugal, Schweden und das Vereinigte Königreich. Für die Europäische Kommission nahmen Vertreter der Generaldirektionen für Beschäftigung, Soziales und Integration (DG EMPL), Gesundheit und Verbraucher (DG SANCO) und Wirtschaft und Finanzen (DG ECFIN) teil.

## 1. Die Maßnahme im Fokus

**Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems** (Health system performance assessment, HSPA) wird immer mehr zu einem Hauptinstrument bei der Führung moderner Gesundheitssysteme. Die **Hauptziele** sind:

- Setzung von **Zielen und Prioritäten** für ein Gesundheitssystem.
- Nutzung von HSPA als **Fokus für die Strategieplanung und Koordinierung von Maßnahmen** innerhalb des Gesundheitssystems.
- Messung des **Fortschritts** bei der Erreichung von Zielen.
- Förderung **effizienter Nutzung von Mitteln**.
- Überprüfung der **Nachhaltigkeit** des Systems – wird es zukünftig möglich sein, das Niveau der Dienste und Leistungen zu halten?
- Förderung von **Transparenz und Verantwortlichkeit** gegenüber Bürgern und anderen zuständigen Anspruchsgruppen.
- Ermöglichung von **Vergleichen mit anderen Gesundheitssystemen** durch Nutzung von quantitativen Indikatoren oder eher qualitativ-beschreibenden Darstellungen.

Ebenso unterschiedlich wie die Gesundheitssysteme innerhalb Europas sind auch die Herangehensweisen an HSPA. Während man in einigen Ländern gerade erst beginnt, das Konzept aufzugreifen, wurden in anderen Ländern bereits ausgereifte HSPA-Strategien entwickelt.

Eines der fortschrittlichsten Länder in diesem Bereich ist **Belgien**. Ausgehend von niederländischen und internationalen Erfahrungen begann sich Belgien für HSPA zu interessieren, da man sowohl mehr über die Leistungsfähigkeit des eigenen Gesundheitssystems erfahren wollte als auch über ungedeckte Bedarfe und Ungleichheiten bei der Behandlung. Eine Vereinbarung wurde zwischen den verschiedenen Anspruchsgruppen in Belgien getroffen, die Arbeit mit HSPA im Jahr 2008 aufzunehmen.

Aufbauend auf einem ersten Bericht von 2010, wurde im Jahr 2012 eine externe Gruppe unabhängiger Experten beauftragt für die Prüfung der belgischen Verhältnisse. Überprüft wurden fünf Hauptleistungsdimensionen: Qualität, Zugänglichkeit, Effizienz, Nachhaltigkeit und Gleichbehandlung. 74 Indikatoren wurden bestimmt, um die Leistungsstärke auf nationaler Ebene zu untersuchen. Besondere Aufmerksamkeit wurde der verständlichen Präsentation der Ergebnisse gewidmet. Die belgischen Leistungen wurden im Verhältnis zu den anderen 15 EU-Staaten beurteilt. Viele der Indikatoren sind aufgeschlüsselt, um Faktoren wie Geschlecht, Region und sozio-ökonomischen Status widerzuspiegeln. Wo es Datenlücken und -schwachstellen gibt, werden diese benannt. Eine umfassende Beurteilung der Stärken und Schwächen des belgischen Gesundheitssystems wird gegeben, basierend auf den bereits genannten Indikatoren.

Der belgische Bericht von 2012 wurde konzipiert für:

- Die Überprüfung der 55 wichtigsten Indikatoren, die für den Bericht von 2010 genutzt wurden, mit einem besonderen Augenmerk auf jene 11 Indikatoren, für die 2010 keine Daten zur Verfügung standen.
- Die Erweiterung der Kerngruppe um Indikatoren zu Gesundheitsförderung, Allgemeinmedizin, psychischer Gesundheit, Langzeitpflege und Sterbebegleitung. Es wurden außerdem Indikatoren zu Patientenorientierung und Versorgungskontinuität hinzugefügt und die Nutzung von Indikatoren zu Gleichbehandlung im Gesundheitssystem angeregt.
- Die Messung der gewählten Indikatoren soweit möglich, sonst Benennung von Lücken in der Datenverfügbarkeit.
- Die Interpretation der Ergebnisse mit dem Ziel einer globalen Bewertung der Leistungsfähigkeit des belgischen Gesundheitssystems mittels mehrerer Kriterien inklusive einem internationalen Leistungsvergleich wo angemessen.
- Der Bericht kann auch als ein erster Schritt Belgiens gesehen werden, seiner Verantwortung gerecht zu werden für ein sicheres, qualitativ hochwertiges, zugängliches und effizientes Gesundheitssystem für Patienten in Übereinstimmung mit der Richtlinie zur Anwendung von Patientenrechten in grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung.

## 2. Wesentliche Erkenntnisse aus den Diskussionen

- **HSPA kann dazu beitragen, unser Denken über Gesundheitssysteme**, die hochkomplexe Strukturen sind, weiterzuentwickeln.
- Die Nachfrage **nach HSPA** stammt aus verschiedenen Quellen. Die stärkste treibende Kraft sind meist Regierungen, aber auch Anspruchsgruppen können involviert sein. Ein Konsens über die Ziele von HSPA ist in manchen Ländern leichter zu erreichen als in anderen.
- Die **Finanzierung von HSPA** kann Fragen bezüglich seiner **Unabhängigkeit** aufwerfen.
- **HSPA sollte eher beschreibend als vorschreibend sein**, obwohl die Ergebnisse tatsächlich zu konkreten Empfehlungen für die Verbesserung eines Gesundheitssystems führen können.
- Die **Auswahl der Indikatoren**, die für HSPA genutzt werden, beeinflusst dessen Ergebnisse. Wenngleich eine gewisse Selektion unvermeidlich ist, wurden doch Befürchtungen formuliert bezüglich von Herangehensweisen, die die Zahl der Indikatoren stark verdichten. Einige Peer Reviewer bemerkten den besonderen Mangel an Effizienzindikatoren.
- Verschiedene **Vergleiche** können während HSPA-Anwendungen gezogen werden. Sie befassen sich z.B. mit internationalen oder regionalen Unterschieden. Solche Vergleiche können Probleme und Leistungsschwächen innerhalb nationaler oder regionaler Gesundheitsversorgung präzise feststellen. Vergleiche von Trends über längere Zeiträume hinweg können helfen, die Auswirkungen von Reformen zu ermitteln. „Patienten-Skizzen“ (die beschreiben, wie ein ansonsten identischer Fall innerhalb verschiedener Gesundheitssysteme behandelt wird) sind eine andere mögliche Methode des Vergleichs.
- Es existieren einige Einschränkungen beim Zugang zu **Daten**. Die tatsächliche oder gefühlte Bedrohung der Privatsphäre ist in einigen Ländern zu einem wichtigen Thema geworden, und gerade der Umgang mit Gesundheitsdaten muss in diesem Zusammenhang äußerst sensibel gehandhabt werden. Verschiedene Methoden zur Anonymisierung können helfen, den Widerstand gegen die Datensammlung für

legitime Forschungszwecke zu überwinden. Zudem kann es Lücken in den Datensätzen geben; auch sind sie nicht immer vollständig vergleichbar. HSPA-Anwendungen stellen jedoch an sich eine Möglichkeit dar, Qualität und Umfang von Daten zu verbessern. In einer Reihe von Staaten hat HSPA neue Anstrengungen zur Datenerfassung angeregt. Vor allem wird durch die Nutzung internationaler Datensätze die Aufmerksamkeit auf Lücken innerhalb nationaler Daten gelenkt.

- Eine Reihe **technischer Herausforderungen** bleibt bestehen. Der Begriff der **Gleichbehandlung** bei der Gesundheitsversorgung lässt sich nur schwer in Zahlen ausdrücken. **Zugang zur Versorgung** ist hierbei eine wichtige Frage, insbesondere die Breite und Tiefe des Schutzes durch Krankenversicherungssysteme (z.B. wie viele Personen sind versichert und auf welche Leistungen haben sie ein Anrecht) und ob Zuzahlungen von Patienten erforderlich sind. Auch die Messung der **Effizienz** wirft einige Fragen auf. Sollten Ineffizienzen einfach als schlecht investiertes Geld behandelt werden oder sollten Anstrengungen unternommen werden, um **Ergebnisse** zu messen und sie in Zusammenhang zu setzen zu den Mitteln, die zu ihrer Erreichung aufgewendet wurden? Darüber hinaus ist es nicht immer einfach zu bestimmen, ob **Gesundheitsfolgen** wie z.B. die Lebenserwartung, dem Gesundheitssystem oder anderen Ursachen zuzuschreiben sind. Hier wurden jedoch Fortschritte gemacht durch die Entwicklung von Konzepten wie „vermeidbare Todesfälle“ und „vermeidbare [Krankenhaus-]Aufnahmen“. **Messungen anhand von Patientenfeedback** (Patient-reported outcome measures, PROMs) können für die Erfassung von Ergebnissen (abgesehen von Sterbefällen) hilfreich sein. Die gewöhnliche **EQ-5D** Messung, die mithilfe von EU-Mitteln entwickelt wurde, könnte genutzt werden um zu überprüfen, ob Personen mit chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes in anderen Staaten eine andere Lebensqualität geboten wird.
- **Verantwortlichkeit** ist der Schlüssel zum Erfolg von HSPA. Aber von wem für wen? Und in welcher Hinsicht? Handelt es sich um die Verantwortlichkeit von Regierungen gegenüber Parlamenten? Oder von Regierungen gegenüber ihren Bürgern? Oder von Gesundheitsdienstleistern gegenüber den Patienten? Dieser Aspekt erfordert weitere Betrachtung, da er Wesen und Inhalt von HSPA bestimmen wird.
- Sind Zielvorgaben und Ranglisten legitime Ziele von HSPA? Sie erregen wahrscheinlich größere Aufmerksamkeit, aber handelt es sich dabei um eine produktive Aufmerksamkeit? Es wurde vereinbart, dass jegliche grenzüberschreitenden **Leistungsvergleiche** die größtmögliche Flexibilität wahren sollten.
- **Verbreitung** von HSPA-Ergebnissen ist wichtig, und Forschung könnte notwendig sein, um die besten Vorgehensweisen dafür zu ermitteln. Vollständige HSPA-Berichte dürften bei einer fachfremden Leserschaft keinen großen Anklang finden. Peer Reviewer hoben die belgische Praxis hervor, einen zusammenfassenden Bericht für eine weiter gefasste Öffentlichkeit herauszugeben. Dabei lobten sie insbesondere Belgiens Nutzung von Tabellen mit „Smileys“ zur leichter verständlichen Darstellung der Ergebnisse.
- Einige **Kriterien zur Beurteilung von HSPA**:
  - Wurden klare Ziele zur Orientierung für diejenigen formuliert, die für die Durchführung der Untersuchung sowie die Organisation der Berichterstattung verantwortlich sind?
  - Gibt es einen klaren Prozess für die Beauftragung von HSPA, mit Vorgaben dazu, wer für jede einzelne Arbeitsphase verantwortlich ist?
  - Gibt es einen klaren konzeptionellen Rahmen für das HSPA?

- Bezieht sich dieser Rahmen auf das Gesundheitssystem als Ganzes inklusive sowohl Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit als auch Gesundheitsdienstleistungen?
- Werden die Indikatoren eher durch Ergebnisse dargestellt (wie z.B. verbesserte Gesundheit und reduzierte Gefährdung durch finanzielle Risiken) oder eher durch Vorgänge (wie z.B. Belegschaftsgröße oder Anzahl der Behandlungen)?
- Wird der Fortschritt beziffert durch die Nutzung verlässlicher Maße und dazugehöriger Analyseverfahren? Sind die ausgewählten internationalen Vergleichsmaßstäbe passend?
- Wird das HSPA in angemessener Form veröffentlicht und gefördert?
- Handelt es sich um einen regelmäßigen, nachhaltigen Prozess mit zweckmäßigen Vereinbarungen zu Überprüfung und Aktualisierung?
- Wird HSPA vollständig in gesundheitspolitische Entscheidungen einbezogen?
- **Europäische und internationale Maßnahmen** zur Förderung von HSPA sind wünschenswert. Allerdings besteht in einigen Mitgliedstaaten die Auffassung, dass die Schaffung eines europäischen HSPA schwierig werden könnte, da Gesundheitssysteme eine nationale Kompetenz sind; da sie außerdem in jedem Land unterschiedlich strukturiert sind, sind sie nur schwer miteinander zu vergleichen. Deswegen wird der Schwerpunkt von HSPA nicht in jedem Mitgliedsstaat zwangsläufig derselbe sein; zu einem späteren Zeitpunkt könnte es aber Raum für die Entwicklung eines stärker standardisierten Formats geben. Bilaterale und multilaterale Zusammenarbeit zwischen den Staaten kann auch wichtige HSPA-Ressourcen verfügbar machen.
- Die EU bietet bereits **Foren zum Austausch von Erfahrungen mit HSPA**, und eine Reihe von europäischen und internationalen Quellen für Indikatoren, Daten und Methoden steht schon zur Verfügung oder wird bald bereitgestellt; eine Übersicht wird im Folgenden gegeben.

### 3. HSPA Indikatoren, Daten und Methoden: Europäische und internationale Quellen

- Die Europäische Kommission hat 88 **europäische Schlüsselgesundheitsindikatoren** (European Core Health Indicators, ECHI) gesammelt, und Daten sind leicht zugänglich und einigermaßen vergleichbar für mehr als 50 von ihnen. Die Indikatoren sind in fünf breite Bereiche gruppiert: Demographische und sozio-ökonomische Faktoren, Gesundheitszustand, gesundheitsbestimmende Faktoren, Gesundheitswesen und Gesundheitsförderung. Das **Heidi datatool** ist das online-Instrument der Kommission zur Erkundung der europäischen Schlüsselgesundheitsindikatoren.
- Der Ausschuss für Sozialschutz (Social Protection Committee, SPC) und seine Indikatoren-Untergruppe haben sondiert, ob es machbar ist, die quantitative Methode des **Gemeinsamen Evaluierungsrahmens** (Joint Assessment Framework, JAF), der Teil der Verwaltungsstruktur der Strategie Europa 2020 ist, auf den Bereich der Gesundheitssysteme zu übertragen. Diese Herangehensweise wird im Laufe von 2014 getestet und im Herbst 2014 vom SPC überprüft.
- Um eine Methode zu entwickeln, mit der die Effizienz von Gesundheitssystemen untersucht werden kann, wird die Kommission ein gemeinsames Projekt mit der OECD durchführen.
- In einem von der EU beauftragten Bericht, der im Dezember 2014 erscheinen wird, soll untersucht werden, **welcher Anteil an Gesundheitsergebnissen dem Gesundheitswesen zugeschrieben werden kann** und welcher durch andere Faktoren bestimmt wird (DG SANCO).

- Eine Arbeitsgruppe aus 12 Mitgliedsstaaten und der Kommission arbeitet unter schwedischer Führung seit Februar 2012 an der Entwicklung gemeinsamer Methoden und dem Austausch für HSPA. Diese Arbeit soll von einer HSPA-Expertengruppe der Kommission fortgeführt werden, unter dem gemeinsamen Vorsitz von Schweden und der Kommission.
- Die Richtlinie zur Anwendung von Patientenrechten bei grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung erfordert von den Mitgliedstaaten die Bereitstellung von Informationen und die Zusammenarbeit bei Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung.
- Die Arbeit an einem **Vergleich zur Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen** (health system performance comparison) wird vom Europäischen Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik geleitet. Daraus sind bereits ein **Buch** über die Strukturierung von Vergleichen und Benchmarking, sowie eine **Sonderausgabe der Zeitschrift Gesundheitspolitik** (*Health Policy*) entstanden. Eine Reihe von methodischen Studien ist geplant. Die ersten beiden werden sich mit Effizienz und Gesundheitszustand der Bevölkerung befassen.
- Die Berichte **Gesundheitssysteme im Wandel** (*Health Systems in Transition, HiT*) des Observatoriums bilden eine Reihe, die detaillierte Beschreibungen der Gesundheitssysteme einzelner Staaten bietet sowie eine Übersicht über Reformen und politische Maßnahmen, die entweder bereits durchgeführt werden oder sich in Planung befinden. Die Reihe umfasst die Staaten der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation sowie einige zusätzliche OECD-Staaten. Die Berichte werden regelmäßig aktualisiert.
- Der vom Observatorium herausgegebene **Gesundheitspolitik-Monitor** (*Health Systems and Policy Monitor*) bietet eine detaillierte Beschreibung von Gesundheitssystemen, basierend auf Berichten von einem Netzwerk nationaler Institute. Damit ist es möglich, die Systeme unterschiedlicher Länder zu vergleichen, indem automatisch der Inhalt des veröffentlichten HiT für die ausgewählten Staaten und Themen extrahiert und abgeglichen wird. Das Ziel ist, dass der Monitor schließlich alle 28 EU-Staaten umfassen wird.
- Die OECD sammelt **Daten zur Wartezeit bei Wahloperationen** und versucht, diese zu standardisieren. Der halbjährliche OECD-Bericht **Gesundheit auf einen Blick** (*Health at a Glance*) bietet die jüngsten vergleichbaren Daten zu verschiedenen Aspekten der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen in OECD-Staaten. Die halbjährliche Ausgabe von **Gesundheit auf einen Blick Europa, eine gemeinsame Veröffentlichung mit der Europäischen Kommission**, bietet einen Vergleich von Gesundheitssystemen in der EU, der hauptsächlich auf den Schlüsselgesundheitsindikatoren beruht. Die OECD veröffentlicht außerdem auch die Reihe **Qualitätsberichte Gesundheitsversorgung** (*Health Care Quality Reviews*) zu verschiedenen Staaten. Die OECD hat vor, mit weiteren Staaten die Arbeit an dieser Reihe fortzusetzen.
- Darüberhinaus stellt die OECD einen lang etablierten Basisdatensatz zu Charakteristika von Gesundheitssystemen zur Verfügung, der auch Indikatoren zu Sterblichkeit, Ausgaben und Wirksamkeit der Gesundheitsdienste umfasst. Die OECD begann kürzlich mit der Sammlung bestimmter Indikatoren zur Qualität der Gesundheitsversorgung.
- Die EU ermutigt alle Mitgliedsstaaten, ihre Gesundheitsausgaben mithilfe des **Systems von Gesundheitskonten** (*System of Health Accounts, SHA*) bekanntzugeben, um die Daten zu verbessern und sie vergleichbar zu machen. Eine Reihe von Staaten nutzt SHA bereits, und zukünftig wird die Datensammlung

für alle Mitgliedsstaaten verpflichtend sein. Die Kommission überprüft auch die **finanzielle Nachhaltigkeit** von Ausgaben für das Gesundheitswesen.

#### **4. Andere relevante politische Entwicklungen auf EU-Ebene**

- Eine gemeinsame Bewertung von gesundheitsbezogenen, länderspezifischen Empfehlungen wurde 2014 durch den EU-Ausschuss für Sozialschutz und die hochrangige Arbeitsgruppe zur öffentlichen Gesundheit (Working Party on Public Health at Senior Level, WPPHSL) durchgeführt.
- Eine **öffentliche Konsultation zur Strategie Europa 2020** wird vom jetzigen Zeitpunkt bis Ende Oktober durchgeführt. Dadurch bietet sich die Möglichkeit, Überlegungen zur Rolle von Gesundheitssystemen in diese Strategie mitaufzunehmen.