



Europäische
Kommission



Peer Review zu
Sozialschutz und
sozialer Eingliederung

Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems

SYNTHESEBERICHT

Belgien, 19.-20. Mai 2014

Diese Veröffentlichung wird unterstützt durch das Programm der Europäischen Union für Beschäftigung und soziale Innovation (EaSI) 2014-2020.

Das Programm der Europäischen Union für Beschäftigung und soziale Innovation (EaSI) 2014-2020 ist ein europäisches Finanzierungsinstrument, das direkt von der Europäischen Kommission verwaltet wird. Es soll zur Umsetzung der Strategie Europa 2020 beitragen, indem es finanzielle Unterstützung für die Ziele der Union in Bezug auf die Förderung eines hohen Niveaus hochwertiger und nachhaltiger Beschäftigung, die Gewährleistung eines angemessenen und fairen sozialen Schutzes, die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen bereitstellt.

Weitere Informationen unter: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1081&langId=de>

Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems

PETER SMITH

PROFESSOR EM. FÜR GESUNDHEITSPOLITIK, IMPERIAL COLLEGE BUSINESS SCHOOL

SYNTHESEBERICHT

DANKSAGUNG

Der Autor dankt dem belgischen HSPA-Team für die klaren Präsentationen seiner Arbeit, den TeilnehmerInnen des Peer Review-Prozesses für ihre hilfreichen und fundierten Beiträge sowie Renate Hauptfleisch und Monika Natter von ÖSB für ihre wertvolle Orientierungshilfe während der gesamten Zeit. Allfällige Irrtümer und ungenaue Darstellungen im vorliegenden Bericht liegen dessen ungeachtet in der Verantwortung des Autors.

Europäische Kommission

Generaldirektion Beschäftigung, Soziales und Integration
Manuskript fertiggestellt im Juli 2014

Veröffentlichung erstellt im Auftrag der Europäischen Kommission von



© Umschlagbild: Europäische Union

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich.

Weitere Informationen zu den Peer Reviews finden Sie unter:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=de>.

*Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre
Fragen zur Europäischen Union zu finden*

**Gebührenfreie einheitliche Telefonnummer (*):
00 800 6 7 8 9 10 11**

(* Sie erhalten die bereitgestellten Informationen kostenlos, und in den meisten Fällen entstehen auch keine Gesprächsgebühren (außer bei bestimmten Telefonanbietern sowie für Gespräche aus Telefonzellen oder Hotels).

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu>).

Katalogisierungsdaten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2014

ISBN 978-92-79-39635-9

ISSN 1977-8023

doi: 10.2767/39006

© Europäische Union, 2014

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2014

Inhalt

| | |
|---|----|
| Zusammenfassung | 5 |
| A. Politikkontext auf europäischer Ebene | 7 |
| B. Vorgestellte bewährte Verfahren in Belgien | 13 |
| C. Politikinstrumente und Erfahrungen in Peer-Ländern | 18 |
| D. Zentrale Diskussionspunkte des Seminars | 20 |
| E. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse | 24 |
| Literatur | 26 |





Zusammenfassung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert HSPA als länderspezifischen Vorgang des Monitorings, der Beurteilung, der Berichterstattung und der Überprüfung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen im Hinblick auf strategische Zielvorgaben für das Gesundheitssystem. Das übergeordnete Ziel der Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme (HSPA) ist es, bei Maßnahmen im Gesundheitssystem die strategische Nachprüfbarkeit zu fördern. Die spezifischen Ziele reichen von der Ziel- und Prioritätensetzung für ein Gesundheitssystem über Schwerpunktvorgaben für die Politikgestaltung sowie die Maßnahmenkoordination im Gesundheitssystem bis hin zur Fortschrittmessung und zur Bereitstellung von Informationsgrundlagen für die öffentliche Gesundheitsdebatte unter Anspruchsgruppen und in der Bevölkerung. Die Länder der Europa-Region der WHO unterzeichneten 2008 die „Charta von Tallinn“. Darin verpflichteten sie sich, hinsichtlich der Ausgaben im Gesundheitswesen gegenüber der Bevölkerung und anderen maßgeblichen Interessengruppen auf mehr Transparenz und Nachprüfbarkeit hinzuwirken.

Zahlreiche Mitgliedstaaten haben HSPA-Initiativen auf den Weg gebracht. Sie unterscheiden sich sowohl in ihrer Form als auch in der Zielgewichtung. Allen gemein ist der Anspruch, die HSPA auf das gesamte Gesundheitssystem – und nicht allein auf Gesundheitsdienste – abzustellen und die Leistungsmessung mit Blick auf Ergebnisse (etwa Verbesserungen bei Gesundheitsniveau und Finanzierungsgerechtigkeit) durchzuführen anstatt auf der Grundlage von Prozessen wie dem Personalstand oder der Zahl der Behandlungen. Eine weitere Übereinstimmung betrifft die Prämisse, Fortschritte mithilfe zuverlässiger Messgrößen und damit verknüpfter Analyseverfahren zu bestimmen. Davon abgesehen tendiert die allgemeine Meinung dahin, dass die Ausformung von HSPA-Mechanismen im Detail den einzelnen Staaten vorbehalten sein soll.

Die Leistungsbewertung des Gesundheitssystems (HSPA) in Belgien stand im Mittelpunkt dieser Peer Review. Die TeilnehmerInnen würdigten das belgische Instrumentarium als gutes Modell für andere Staaten, die HSPA-Prozesse einführen bzw. optimieren wollen. Besonders hervorgehoben wurden dabei die Klarheit der Zielvorgaben, der eindeutige Konzeptionsrahmen, die Unabhängigkeit und Genauigkeit der Analysen, die Schwerpunktsetzung auf Versorgungsgerechtigkeit und die Verpflichtung zu einem kontinuierlichen HSPA-Prozess. Die Ortung geeigneter Konzepte, um Belgiens HSPA mit Politikprozessen zu verknüpfen, ist Gegenstand anhaltender Überlegungen. Dieser Aspekt der HSPA ist in den meisten Staaten kaum entwickelt und variiert tendenziell je nach den vorhandenen institutionellen Arrangements.

Die Peer Review-TeilnehmerInnen diskutierten eine breite Palette von institutionellen und technischen Fragen in Zusammenhang mit der Bewertung der Gesundheitssystemleistung, die im vorliegenden Bericht zusammengefasst werden sollen. Folgende Elemente standen im Vordergrund: Institutionelle Regelungen für die HSPA; Ziele; Datenquellen; Methoden; Informationsverbreitung; Rolle der HSPA im Politikprozess; Bedeutung der HSPA-Aktion auf europäischer Ebene. Als besondere ungelöste Problemstellungen sind zu nennen:

- Vorgänge zur Festlegung von Zielen und Methoden für die HSPA;
- Wahl der Vergleichsgrundlagen für die HSPA (international; regional; Tendenzen im Zeitverlauf);
- Auswahl der Leistungsindikatoren;
- Behandlung der Effizienz des Gesundheitswesens im Rahmen der HSPA;
- Umgang mit Gleichberechtigung (Versorgungsgerechtigkeit);
- Lücken und Inkonsistenz bei den Daten;
- Lösungen für die Verbreitung von HSPA;
- Einflechtung der HSPA in den Politikprozess.

Was vorhandene Bestrebungen auf internationaler Ebene angeht, sind die Vorbereitung langfristiger Datenreihen durch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und die Sammlung umfassender Gesundheitssystembeschreibungen (auch außerhalb Europas) nach einem einheitlichen Muster durch das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik zu nennen. Die Europa-Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat auf Ersuchen von Mitgliedstaaten mehrere HSPA-Initiativen unternommen. Von allen drei Organisationen stammen auch umfassende Veröffentlichungen zu allgemeinen Politikfragen mit Bezug zur Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme.

Auf EU-Ebene wurde von der Europäischen Kommission die ECHI-Initiative ins Leben gerufen; sie umfasst einen Grundbestand an insgesamt 88 Gesundheitsindikatoren, die für die HSPA von Relevanz sind. 2011 initiierte der Rat der Europäischen Union einen Reflexionsprozess, um zu ermitteln, wie am besten in den Gesundheitssektor investiert werden sollte. Als Schlussfolgerung wurden die Mitgliedstaaten ersucht, die Leistungsbewertung des Gesundheitssystems im Hinblick auf Politikgestaltung, Rechenschaftspflicht und Transparenz zu nutzen. Der Ausschuss für Sozialschutz und seine Untergruppe „Indikatoren“ untersuchen derzeit die Möglichkeit, die Methodik des Gemeinsamen Bewertungsrahmens auf das Gesundheitswesen anzuwenden. Er sollte als „Screening-Instrument der ersten Stufe dienen, um mögliche Schwachstellen in den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten aufzudecken“, wobei spezifische Problemstellungen hinsichtlich Zugang, Qualität und Gleichberechtigung im Vordergrund stehen sollen.

Die Peer Review-TeilnehmerInnen führten eine Reihe stichhaltiger Argumente für eine europaweite Aktion zur Förderung und Stärkung der HSPA ins Treffen. Ein denkbare Feld wäre etwa eine internationale Einigung auf den Geltungsbereich von Datenerhebungen, die Festsetzung von Datendefinitionen und -standards, die Förderung der Datenerfassung und -verbreitung durch internationale Organe und ein Austausch bewährter Verfahren zur Datennutzung. Ferner wurde betont, dass die HSPA generell ein einzelstaatliches, auf den lokalen Bedarf zugeschnittenes Vorhaben sein muss.



A. Politikkontext auf europäischer Ebene

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads des Gesundheitssystems (HSPA) etabliert sich zusehends als zentrales Steuerinstrument moderner Gesundheitssysteme. Der Begriff des Gesundheitssystems wurde erstmals im *Weltgesundheitsbericht 2000* (WHO 2000) ausdrücklich beleuchtet und im WHO-Bericht *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes* (WHO 2007) weiterentwickelt. Gesundheitssystem ist dort definiert als Gesamtheit der Aktivitäten, deren Zweck primär in der Förderung, Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Gesundheit besteht. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert HSPA als länderspezifischen Vorgang des Monitorings, der Beurteilung, der Berichterstattung und der Überprüfung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads von Gesundheitssystemen im Hinblick auf strategische Zielvorgaben für das Gesundheitssystem (WHO 2012). Die primären Ziele der HSPA sind:

- Ziel- und Prioritätensetzung für ein Gesundheitssystem;
- Schwerpunktangaben für die Politikgestaltung sowie die Maßnahmenkoordination im Gesundheitssystem;
- Fortschrittsmessung bei der Zielverwirklichung;
- Bereitstellung einer Vergleichsgrundlage mit anderen Gesundheitssystemen;
- Stärkung von Transparenz und Nachprüfbarkeit der Gesundheitsausgaben gegenüber der Bevölkerung und anderen maßgeblichen Interessengruppen.

Die Verabschiedung der „Charta von Tallinn – Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ (2008) verlieh der HSPA in der Europa-Region der WHO weiteren Auftrieb. Die 53 GesundheitsministerInnen der Europa-Region verpflichteten sich, „Transparenz zu fördern und für die Leistung der Gesundheitssysteme Verantwortung zu übernehmen, um messbare Ergebnisse zu erzielen“. Die HSPA wird als wichtiger Mechanismus erachtet, um diese Verpflichtung zu erfüllen. Gemäß der Konzeption der WHO handelt es sich in erster Linie um einen länderspezifischen Prozess, für den es keine allgemeingültige Vorlage gibt. Dessen ungeachtet kommen bei der Ausgestaltung einer HSPA zahlreiche allgemeine Grundsätze bewährter Verfahren zum Tragen (OECD 2012). Es sind dies u. a.:

- Die HSPA muss das gesamte Gesundheitssystem in den Fokus nehmen, einschließlich Gesundheitsförderung, Volksgesundheit und Gesundheitsdienste.
- Die Leistungsvorgaben für Gesundheitssysteme müssen sich an konkreten Ergebnissen orientieren – z. B. Verbesserungen bei Gesundheitsniveau und Finanzierungsgerechtigkeit – anstatt an Prozessen wie dem Personalstand oder der Zahl durchgeführter Behandlungen.
- Soweit möglich, sollten Fortschritte mithilfe zuverlässiger Messgrößen und damit verknüpfter Analyseverfahren bestimmt werden.
- Die HSPA muss als regelmäßiger, in alle gesundheitspolitische Aspekte eingeflochtener Prozess angelegt sein.
- Die Ausprägung einer HSPA muss im Detail den Erfordernissen des jeweiligen Systems entsprechen. Dennoch begünstigt der Rückgriff auf international übliche Messgrößen und Methoden potentiell die Wirksamkeit.

Ungeachtet abweichender Herangehensweisen an die Ausformulierung und Messung von Zielen herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass Leistungsbewertungen auf die folgenden Zielmerkmale von Gesundheitssystemen Bezug nehmen sollen:

- Verbesserung der Gesundheit, in dem Maße wie sie dem Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit zuzuschreiben ist;
- VerbraucherInnenorientierung des Gesundheitssystems;
- Finanzielle Absicherung durch das Gesundheitssystem;
- Produktivität (Preis-Leistungs-Verhältnis) des Gesundheitssystems.

In vielen HSPA-Varianten wird überdies der Aspekt der Versorgungsgerechtigkeit (bzw. Gleichberechtigung) berücksichtigt. Dies bezieht sich auf die Verteilung der Zielverwirklichung auf verschiedene Bevölkerungsgruppen.

Die Meinungen gehen weiter auseinander, was die Berücksichtigung verschiedener Gesundheitssystemfunktionen in der HSPA anbetrifft. Dies reicht von der Dienstleistungserbringung und dem Personal über die Informationsressourcen und Arzneimittel, Impfstoffe und Technologien bis hin zur Finanzierung und zur Aufsichts- und Beratungsfunktion. Diese Funktionen sind Eckpfeiler der Gesundheitssysteme. Die Art ihrer Umsetzung hat potentiell einen wesentlichen Einfluss auf deren konkrete Leistungen. Ein Vergleich dieser Funktionen in unterschiedlich ausgeprägten Gesundheitssystemen gestaltet sich jedoch häufig schwierig. Die Fokussierung auf Funktionen behindert manchmal Weichenstellungen für neue Handlungsansätze, um die „Endziele“ des Gesundheitssystems voranzutreiben – etwa die Verlagerung von therapie- zu präventionsorientierter Versorgung. Aus diesem Grund müssen sich Leistungsbewertungen hauptsächlich auf die anvisierten Auswirkungen des Gesundheitssystems konzentrieren. Eine Beurteilung von Funktionen stellt u. U. ein wichtiges Diagnoseinstrument dar, um Gründe für (ausbleibende) Fortschritte bei den Zielsetzungen des Gesundheitssystems zu orten, darf aber nicht den Brennpunkt der HSPA bilden. Kasten 1 bietet einen Überblick über die Schlüsselmerkmale der HSPA laut WHO (WHO 2009).

Ein Eckpfeiler der HSPA ist der Vergleich mit anderen Systemen, sei es mittels quantitativer Indikatoren oder durch den verstärkten Einsatz qualitativer Darstellungen. Unter bestimmten Umständen kann der Fokus auf längerfristigen Tendenzen eines Systems (Selbstvergleich) oder auf Vergleichen von Regionen bzw. anderen Teilsystemen mit dem Gesamtsystem (Selbstvergleich) liegen. Der überwiegende Analysefokus vieler HSPA-Initiativen ist indes der Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen. Eine überzeugende Durchführung vorausgesetzt, gehören derartige Vergleiche potentiell zu den zugkräftigsten Instrumenten, um Medieninteresse zu wecken, Politikverantwortliche zu motivieren und Reformen anzutreiben. Es besteht jedoch die Gefahr, dass Vergleiche umstritten sind und mit einer hohen analytischen Komplexität einhergehen. Dafür gibt es mehrere Gründe, etwa die Nichtvergleichbarkeit von Konzepten (z. B. Definitionsunterschiede von „Behinderung“), abweichende Datenerfassungsmechanismen und die notwendige Berücksichtigung unterschiedlicher Kontextfaktoren (z. B. Altersverteilung der Bevölkerung).

Es gibt mittlerweile eine Fülle von Ressourcen, um Leistungsvergleiche zu erleichtern und die HSPA zu untermauern, und zwar in Form von Informationssystemen und Gesundheitssystembeschreibungen. Das am längsten etablierte Datenmaterial für Länder



Kasten 1: Schlüsselmerkmale der HSPA (WHO [4], S. 141)

Die HSPA ist regelmäßig, systematisch und transparent. Berichtsmechanismen werden im Vorfeld definiert und decken die gesamte Bewertung ab. Sie unterliegt keiner zeitlichen Begrenzung durch eine Reformagenda oder einen Zielpunkt in nationalen Gesundheitsplänen. Sie kann jedoch in regelmäßigen Abständen überarbeitet werden, um auftretende Prioritäten besser zu reflektieren und Ziele im Hinblick auf ihre Erreichbarkeit anzupassen.

Die HSPA ist ein umfassendes Vorhaben von ausgewogener Tragweite. Sie erstreckt sich über das gesamte Gesundheitssystem und beschränkt sich nicht auf bestimmte Programme, Ziele oder Versorgungsebenen. Der Leistungsgrad des Systems ist mehr als die Summe der Leistungen der einzelnen Komponenten.

Die HSPA ist ein analytisches Vorhaben und nutzt ergänzende Informationsquellen zur Leistungsbeurteilung. Leistungsindikatoren werden hinsichtlich ihrer Auslegung durch Politikanalysen, Zusatzinformationen (qualitative Beurteilungen) und Referenzpunkte untermauert: zeitliche Entwicklung; lokale, regionale und internationale Vergleiche; Vergleiche mit Standards, Zielgrößen und Benchmark-Werten.

Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems muss dabei nicht nur diese Kriterien erfüllen, sondern auch der Transparenzanforderung gerecht werden und die Rechenschaftspflicht der Aufsichts- und Steuerorgane begünstigen.

mit hohem Einkommen sind die OECD-Gesundheitsdaten. Die Datenreihen reichen bis 1961 zurück und umfassen Aspekte wie Auswirkungen auf die Gesundheit, Ressourcen der Gesundheitsdienste, Auslastungsgrad und Personal (OECD 2013a). Ein jüngeres Projekt der OECD galt der Ausarbeitung von Indikatoren zur Qualität der Gesundheitsversorgung (HCQI). Dabei wurden vergleichbare Qualitätsindikatoren für bestimmte Merkmale von Gesundheitsdiensten ermittelt und erhoben (OECD 2014). Weiters wirkte die OECD an der Entwicklung des Kontensystems für die Gesundheitsausgabenrechnung (SHA) mit. Es handelt sich um den Standardrahmen für die Erstellung einheitlicher und international vergleichbarer Finanzdaten zu Gesundheitssystemen. In der OECD-Publikationsreihe „Gesundheit auf einen Blick“ werden die OECD-Datenquellen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Eine der Veröffentlichungen ist der Situation in allen EU-Mitgliedstaaten gewidmet (OECD 2013b, OECD 2012).

Die Europäische Kommission hat die ECHI-Initiative ins Leben gerufen. Sie vereint einen Grundbestand an insgesamt 88 Gesundheitsindikatoren mit Relevanz für die HSPA. Zu über 50 der Indikatoren sind umfangreiche und leicht vergleichbare Daten verfügbar. Die Indikatoren gliedern sich in fünf Hauptbereiche: Demografische und sozioökonomische Faktoren, Gesundheitsniveau, Gesundheitsdeterminanten, Gesundheitsversorgungssysteme und Gesundheitsförderung. Für die Auswertung der ECHI-Indikatoren steht das webgestützte Werkzeug „HEIDI“ (Europäische Kommission 2014) zur Verfügung. Es erlaubt die Ausgabe von Kurven, Karten oder Diagrammen zu Entwicklungen bei den Indikatoren und gestattet Vergleiche zwischen ausgewählten Staaten(-gruppen).

Auf globaler Ebene gibt es weitere Datenbestände, darunter die „World Development Indicators“ der Weltbank, das „Global Health Observatory“ der Weltgesundheitsorganisation



und den „Global Health Data Exchange“ vom Institute of Health Metrics and Evaluation. Die Erfassungstiefe, Vollständigkeit und Zuverlässigkeit dieser Datenreihen ist sehr unterschiedlich. Die Europäische Kommission hat im Rahmen des RP7-Programms überdies eine Reihe von Projekten unterstützt, die Gesundheitsdaten ermitteln und aus der Warte von Ländervergleichen analysieren. Dazu gehören EuroREACH, EuroHOPE und ECHO. EuroREACH brachte einen „Health Data Navigator“ hervor, mit dessen Hilfe potentielle AnwenderInnen vergleichbare Datenquellen aus ganz Europa abrufen und auswerten können (Hofmarcher 2012).

Im Hinblick auf quantitative Vergleiche gibt es eine Vielzahl weiterer potentieller Ressourcen. Zu nennen sind die Jahresberichte des Commonwealth Fund (private Stiftung mit Sitz in New York) und der „EuroHealth Consumer Index“, der von der schwedischen Firma Health Consumer Powerhouse herausgegeben wird.

Die wichtigste Quelle für fundierte und vergleichbare Gesundheitssystembeschreibungen ist das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. Es stützt sich auf eine Partnerschaft zwischen Europäischer Kommission, Weltbank, WHO und einigen Mitgliedstaaten (Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2014). Ihre Reihe „Gesundheitssysteme im Wandel“ (HiT) bietet umfassende Darstellungen von Gesundheitssystemen (auch außerhalb Europas) auf der Basis einer einheitlichen Vorlage. Außerdem gibt das Observatorium Bücher zu wichtigen Politikbelangen heraus, etwa einen Band zu den Grundsätzen und Praktiken der Leistungsmessung im Gesundheitswesen (Smith 2010). In einer weiteren Veröffentlichung werden speziell Fragestellungen zum Leistungsvergleich zwischen Gesundheitssystemen behandelt (Papanicolas 2013).

10

Die Richtlinie über die Ausübung der PatientInnenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung¹ liefert eine weitere Grundlage für die Bewertung von Gesundheitssystemen in der Union. Die Mitgliedstaaten werden darin aufgefordert, im Bereich der Standards und Leitlinien für Qualität und Sicherheit und im Austausch wichtiger Informationen zusammenzuarbeiten. Was den letzten Punkt anbelangt, sollen nationale Kontaktstellen die Verantwortung tragen.

2011 initiierte der Rat der Europäischen Union einen „Reflexionsprozess (...)“, um zu ermitteln, wie am besten in den Gesundheitssektor investiert werden sollte, damit moderne, bedarfsgerechte und tragfähige Gesundheitssysteme entstehen“. Die hochrangige Gruppe „Gesundheitswesen“ leitete diesen Prozess und legte 2013 ihren Bericht vor. Es wurden fünf Untergruppen gebildet, von denen die letzte sich mit der „Erfassung und Überwachung der Wirksamkeit der Investitionen im Gesundheitssektor“ befasste. Im Mittelpunkt stand die Rolle der Mitgliedstaaten und der Kommission in der Förderung der HSPA. Im Rahmen ihrer Arbeit führte die Untergruppe eine Umfrage zur Nutzung der HSPA durch die Mitgliedstaaten durch. 13 von 17 Staaten gaben an, über HSPA in irgendeiner Form zu verfügen, sei es auf nationaler oder regionaler Ebene: Belgien, Kroatien, Schweden, England, Finnland, Griechenland, Litauen, Portugal, Slowakei, Slowenien, Spanien, Österreich und Dänemark.

In den Schlussfolgerungen zu diesem Reflexionsprozess sprach der Rat die Empfehlung an die Mitgliedstaaten aus, „die Leistungsbewertung des Gesundheitssystems im Hinblick auf

¹ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011.



Politikgestaltung, Rechenschaftspflicht und Transparenz zu nutzen“. Die Kommission soll die Mitgliedstaaten mit Berichten bei dieser Bemühung unterstützen. Nicht zuletzt forderte der Rat, die Koordinierung der Leistungsbewertung der Gesundheitssysteme durch die Unionsmitglieder und die Kommission zu verbessern, und zwar durch:

- Straffung der Debatte über den theoretischen Rahmen dieser Leistungsbewertung und Ermittlung sinnvoller Methoden und Instrumente zur Unterstützung der politischen EntscheidungsträgerInnen bei der Entscheidungsfindung;
- Festlegung von Kriterien zur Auswahl vorrangiger Bereiche für die Leistungsbewertung auf EU-Ebene und Verbesserung der Verfügbarkeit und der Qualität von relevanten Daten und Informationen. (Schlussfolgerungen des Rates, Tagung vom 10. Dezember 2013)

Das ExpertInnengremium für die Beratung über wirksame Gesundheitsinvestitionen (EXPH) hat eine Stellungnahme zu den Vorschlägen der Untergruppe vorgelegt, in der einige zentrale Aspekte technischer Art sowie hinsichtlich der Durchführung angesprochen werden (EXPH 2014). Es wird die Erstellung eines eindeutigen konzeptionellen Rahmens empfohlen, der die Reichweite des zu bewertenden Gesundheitssystems absteckt. Dies würde ein stufenweises Vorgehen in der Modellentwicklung und -erprobung erleichtern. Das EXPH greift eine Reihe methodischer und praktischer Überlegungen aus der internationalen Fachliteratur auf, die es zu berücksichtigen gilt, und legt mehrere praktische Möglichkeiten dar.

Im April 2014 veröffentlichte die Kommission eine Mitteilung zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen. Sie enthält den Vorschlag für eine EU-Agenda zur Stärkung der Wirksamkeit von Gesundheitssystemen, zur Verbesserung der Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung und zur Verbesserung der Belastbarkeit von Gesundheitssystemen in den EU-Mitgliedstaaten². Die HSPA wird als wesentliches Werkzeug zur Stärkung der Belastbarkeit von Gesundheitssystemen angesehen. Ein gut funktionierendes Gesundheitsinformationssystem wird ebenfalls als wichtiges Element der Belastbarkeit ausgewiesen.

Nicht zuletzt erforschten der Ausschuss für Sozialschutz und seine Untergruppe „Indikatoren“ die Möglichkeit, die Methode des Gemeinsamen Bewertungsrahmens (JAF)³ auf das Gebiet der Gesundheitssysteme anzuwenden (Ausschuss für Sozialschutz 2013). Dieses quantitative Verfahren soll als „Screening-Instrument der ersten Stufe dienen, um mögliche Schwachstellen in den Gesundheitssystemen der Mitgliedstaaten aufzudecken“, wobei spezifische Problemstellungen hinsichtlich Zugang, Qualität und Gleichberechtigung im Vordergrund stehen sollen. Es ist beabsichtigt, in weiterer Folge auch Bewertungen mit eher qualitätsbezogenen Akzenten durchzuführen, mit dem Ziel, die im ersten Screening georteten Herausforderungen zu überprüfen und das entsprechende Verständnis zu vertiefen.

² Mitteilung der Kommission zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen, 4. April 2014, KOM(2014) 215: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0215&from=EN>

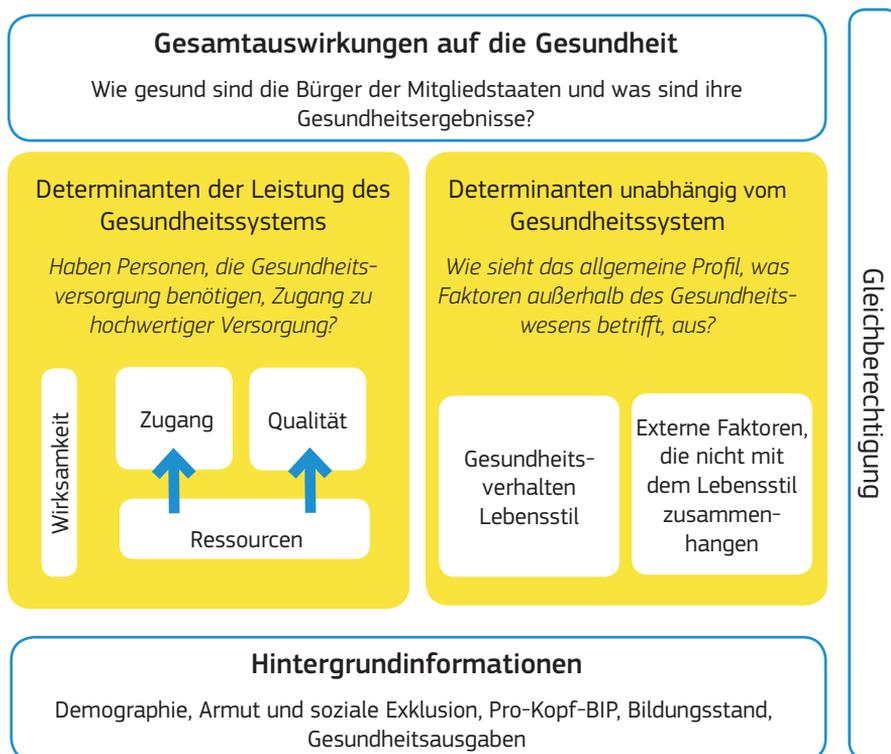
³ Beim Gemeinsamen Bewertungsrahmen handelt es sich um eine gemeinsam vom Beschäftigungsausschuss, vom Ausschuss für Sozialschutz und von der Kommission vereinbarte Methode zur Fortschrittsüberwachung im Rahmen von Europa 2020. Er findet darüber hinaus in den Bereichen Beschäftigung, soziale Eingliederung und Bildung Anwendung. Weitere Informationen finden sich auf: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=89&newsId=972&furtherNews=yes>

Abbildung 1 bietet einen Überblick über das vorgeschlagene Modell. Die hervorstechenden Merkmale sind:

- Nachdrückliche Fokussierung auf Gleichberechtigung
- Erfassung der Gesamtauswirkungen auf die Gesundheit (einschl. geistige Gesundheit)
- Schwerpunktsetzung auf Leistung von Gesundheitsdiensten (Zugang, Qualität, Ressourcen) sowie Kontextfaktoren.

Wie im Bericht der Untergruppe dargelegt, ist der Aspekt der Wirksamkeit am wenigsten gut entwickelt. Das Konzept wird im Jahresverlauf 2014 erprobt.

Abbildung 1: Modellvorschlag zum Einsatz des Gemeinsamen Bewertungsrahmens im Gesundheitsbereich



Die Kommission nimmt ein gemeinsames Projekt mit der OECD in Angriff, um ein Verfahren zur Effizienzbeurteilung von Gesundheitssystemen zu entwickeln. Dies geschieht ergänzend zur laufenden Studie „A Life Table Analysis: health system cost-effectiveness assessments across Europe“⁴, finanziert von der Kommission und durchgeführt vom niederländischen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM).

⁴ Die Fertigstellung der Studie ist für Jahresende 2014 geplant. Weitere Hinweise: http://ec.europa.eu/eahc/documents/health/tenders/2013/EN/EAHC_2013_05_Specifications.pdf



B. Vorgestellte bewährte Verfahren in Belgien

Die Verabschiedung der Charta von Tallinn (2008) durch die Mitgliedstaaten der Europa-Region der WHO war auch für Belgien ein Meilenstein auf dem Weg zur Leistungsbewertung im Gesundheitssystem. In der Charta wird der Stellenwert von Investitionen in Gesundheit für die wirtschaftliche Entwicklung und die Solidarität unterstrichen. Die Partnerorganisationen verpflichteten sich zur Einführung von Mechanismen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems (HSPA). Anknüpfend an eine Empfehlung der Charta von Tallinn (WHO) wurde in Belgien am 18. März 2008 eine Regierungserklärung zur öffentlichen Gesundheit verabschiedet. Darin heißt es: „Der Leistungsgrad unseres Gesundheitssystems (einschließlich in Bezug auf die Qualität) ist auf der Grundlage messbarer Ziele zu bewerten.“

Die belgischen Gesundheitsbehörden forderten die Gesundheitsverwaltung – wissenschaftlich unterstützt durch das Föderale Fachzentrum für Gesundheitspflege, den FÖD Volksgesundheit und das Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung (LIKIV) – auf, die Durchführbarkeit einer Beurteilung der Leistungsfähigkeit und des Leistungsgrads des Gesundheitssystems in Belgien zu erproben. Zwischenzeitlich sind folgende Berichte erschienen:

- zwei vollständige HSPA-Berichte (2009, 2012);
- ein Zwischenbericht zum Entwicklungsstand der HSPA in Belgien (2014);
- ein Fachbericht zur allgemeinen Handhabung (2010).

In Zukunft sollen in Belgien alle vier Jahre ein HSPA-Bericht und alle zwei Jahre ein Zwischenbericht herausgegeben werden. Die Veröffentlichung des nächsten Berichts ist für Dezember 2015 geplant.

Der belgische HSPA-Bericht verfolgt ausdrücklich zwei strategische Ziele (Gerkens 2010):

1. Erstellung eines transparenten, überprüfbaren Leistungsüberblicks zum belgischen Gesundheitssystem, in Übereinstimmung mit den Verpflichtungen im Rahmen der Charta von Tallinn;
2. Bereitstellung von Informationsgrundlagen für die Gesundheitsbehörden in Bezug auf die Leistung des Gesundheitssystems sowie als Planungshilfe für die Politik; langfristig die Leistungsüberwachung des Gesundheitssystems im Zeitverlauf.

Ein weiterer – impliziter, aber nichtsdestotrotz konkreter – Grund für die Ausarbeitung eines HSPA-Berichts war die Beantwortung der von der staatlichen Sozialversicherung aufgeworfenen Frage: „Lässt sich objektiv sagen, dass die Ausgaben des belgischen Gesundheitssystems korrekt erfolgen (Preis-Leistungs-Verhältnis)?“ Es gab ferner das Anliegen, Daten zur Versorgungsqualität, zu Ungleichheiten und zu unerfüllten Bedürfnissen zu erheben und zu vergleichen. Die Unterstützung der Politik war anfangs keine Zielsetzung der HSPA, jedoch gewinnt dieser Aspekt nach Erscheinen mehrerer Berichte zunehmend an Bedeutung.

Parallel zur HSPA gibt es in Belgien ein wachsendes Interesse an der Entwicklung von Leistungsmessungen mit spezifischem Fachbezug (z. B. Allgemeinmedizin). Derartige in



Zusammenarbeit mit Sachverständigen konzipierte Initiativen kamen zum Zug, um im Austausch zwischen Fachkräften und Behörden Prioritäten festzusetzen, um Vergleiche zwischen Organisationen anzustellen („Benchmarking“), um die Versorgungsqualität zu verbessern, um eine kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung und Innovation anzuregen und fundierte Grundlagen für Anreizmaßnahmen herauszuarbeiten.

Auf internationaler Ebene gibt es Ressourcen von mehreren Organisationen, die einen Leistungsvergleich zwischen Belgien und anderen europäischen Staaten erlauben, was den Gesundheitsstatus und Indikatoren des Gesundheitswesens anbelangt. Dazu zählen der „Weltgesundheitsbericht 2000“ der WHO, der alle zwei Jahre erscheinende Bericht „Gesundheit auf einen Blick“ (Kooperation zwischen OECD und Europäischer Union), die EU-Webseite zu den ECHI-Indikatoren und der „Euro Health Consumer Index“. Ein Aspekt der belgischen HSPA-Initiative besteht darin, dass sie als Instrument zur Interpretation der genannten Berichte angelegt ist. Sie hilft Belgien dabei, Lücken in der Datenerhebung in Bezug auf internationale Vergleiche zu schließen und den entsprechenden Vorgang zu beschleunigen. Belgien setzt sich überdies für den Aufbau eines internationalen Netzwerks ein, das dem Austausch bewährter Verfahren mit Staaten mit einem ähnlich konfigurierten Gesundheitssystem dienen soll.

Belgien verfolgt eine ganzheitliche Herangehensweise an die Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems, ähnlich dem Vorschlag im Zusammenhang mit dem Gemeinsamen Bewertungsrahmen. Sie stützt sich auf ein Rahmenkonzept mit fünf Leistungsdimensionen: Qualität, Zugänglichkeit, Effizienz, Nachhaltigkeit und Versorgungsgerechtigkeit. Im Bericht 2012 kommen insgesamt 74 Indikatoren zum Leistungsgrad auf nationaler Ebene zur Anwendung. Ein starkes Augenmerk liegt dabei auf der verständlichen Darstellung der Ergebnisse. Die Beurteilung der Fortschritte erfolgt in Gegenüberstellung zu den übrigen EU-15-Staaten. Zahlreiche Indikatoren sind nach verschiedenen Faktoren wie Geschlecht, Region und sozioökonomischem Status aufgeschlüsselt. Datenlücken und -schwächen werden ggf. herausgestellt. Die Darlegung des Datenmaterials schließt mit einer Gesamtbewertung der Stärken und Mängel des belgischen Gesundheitssystems, ausgehend von den berichteten Indikatoren.

Der Bericht 2012 enthielt folgende spezifische operationelle Zielsetzungen:

- Überprüfung des Kernbestands an 55 Indikatoren aus dem vorangegangenen Bericht, mit besonderer Bedachtnahme auf elf Indikatoren, zu denen 2010 keine Daten vorlagen.
- Erweiterung des Kernbestands um Indikatoren aus folgenden Bereichen: Gesundheitsförderung, Allgemeinmedizin, psychische Gesundheit, Langzeitpflege und Sterbebegleitung; Ergänzung der Indikatoren zum PatientInnenfokus und zum Pflegekontinuum (zwei Unterbereiche von „Qualität“); und schließlich Anregungen für Indikatoren zur Gleichberechtigung im Gesundheitssystem.
- Erfassung der ausgewählten Indikatoren (soweit möglich) bzw. Ortung von Lücken in der Datenverfügbarkeit.
- Auswertung der Ergebnisse mit dem Ziel, eine Gesamtbeurteilung des Leistungsgrads des belgischen Gesundheitssystems vorzulegen, ggf. unter Anwendung verschiedener Kriterien wie internationaler Benchmark-Werte.



Die belgische Erfahrung mit der Leistungsbewertung des Gesundheitssystems hat zahlreiche Debatten entfacht, die für die Entwicklung einer HSPA allgemein in jedem Land von Belang sind. Ein erster Diskussionspunkt betraf die Frage, ob bei der Betrachtung der Systemwirkung auch der „Gesundheitszustand“ berücksichtigt werden soll, im Gegensatz zu rein physischen Output-Größen. Die Schlussfolgerung lautete, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand als Resultat und der Leistung des Gesundheitssystems noch nicht geklärt ist und im Sinne der Zuverlässigkeit mehr gesicherte Fakten gesammelt werden müssen.

Der Umgang mit „nichtmedizinischen Gesundheitsdeterminanten“ war ein weiterer Diskussionspunkt. Die Entscheidung Belgiens war es, diese im Rahmenwerk nicht zu berücksichtigen, da sich die HSPA definitionsgemäß auf das „Gesundheitssystem“ bezieht. Wo die Grenzen zu ziehen sind, ist allerdings nicht eindeutig. So ist beispielsweise Gesundheitsförderung zweifelsfrei ein Bestandteil des Gesundheitssystems – mit Einfluss auf Gesundheitsverhalten und Lebensstil. Die Debatte bleibt offen und berührt auch die Diskussion um das Konzept „Gesundheitsfragen in allen Politikbereichen“. Dabei geht es darum, auch außerhalb des Gesundheitssektors kostenwirksame Strategien zu ermitteln, die gesundheitsfördernd wirken und die Nachfrage nach Gesundheitsdiensten vermindern können.

Hinsichtlich der Empfehlungen des Ausschusses für Sozialschutz ging Belgien einen Schritt weiter und wählte einen spezifischen Ansatz, der sämtliche Aspekte des Gesundheitssystems (über die Akutversorgung hinaus) umschließt: Gesundheitsförderung, Vorsorge- und Heilmedizin, Langzeitpflege und Sterbebegleitung. Dies erwies sich als hilfreich, wenngleich natürlich die Einzelheiten des Konzepts von Land zu Land verschieden sein müssen, abhängig von der Konfiguration des jeweiligen Gesundheitssystems (Spezialisierungsgrad der Gesundheitsdienste), dem Verwaltungsgefüge (Zentralisierung/regionale Selbstverwaltung) und den Lenkungsstrukturen (Gesundheitsministerium mit/ohne Zuständigkeit für Sozialpolitik). Davon unabhängig wurde festgehalten, dass sich die Ausgestaltung des Rahmenwerks keinesfalls auf die vorhandenen Daten fokalisieren darf (internationale Daten basieren vorwiegend auf der stationären Akutversorgung). Breiter angelegte Konzepte, die – wie in Belgien – auch den Sozialbereich und Versicherungsdaten einschließen, fördern potentiell bessere Einblicke in Ungleichheiten zu Tage.

Der letzte Abschnitt des Berichts 2012 geht auf dessen eigene Verdienste ein. Als die wichtigsten Fortschritte gegenüber 2010 sind genannt: Verbesserte Datenverfügbarkeit; gründlichere Abbildung des Systems dank eines umfangreicheren Bestands an Indikatoren; vereinfachte Struktur der Indikatorenreihe zugunsten eines leichteren Verständnisses; mehr Systematik in der Datenanalyse; bessere Nutzung der vorhandenen Informationen; verbesserte Ergebniskommunikation. Als Schwachstellen werden hauptsächlich die anhaltenden datenbezogenen Defizite angesprochen (Erfassungstiefe, zeitnahe Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit).

Das Fehlen stichhaltiger Definitionen und eines soliden Rahmens für die Analyse von „Effizienz“ und „Gleichberechtigung“ ist für Belgien – wie für alle Staaten – problematisch. Der Zusammenhang zwischen Wirksamkeit, Angemessenheit und Effizienz bedarf ebenfalls einer Klärung. Außerdem gilt es, den Stellenwert der Gesundheitsförderung und der Nicht-Gesundheitsdeterminanten im Kontext der HSPA weiter zu untersuchen.



Der Vergleich mit internationalen Erfahrungen lässt darauf schließen, dass die belgische HSPA in mehreren Punkten verbesserungsfähig ist:

- Der Krankenversicherungsschutz ist für sich allein genommen keine aussagekräftige Größe für die Erschwinglichkeit. Einige Aspekte hinsichtlich der Erfassungstiefe sollten berücksichtigt werden, ferner ist es von zentraler Bedeutung, die Frage der Versorgungsgerechtigkeit und der Ungleichheiten zu analysieren.
- Die Effizienz bedarf einer gründlichen Untersuchung, allen voran in wirtschaftlich schwierigen Zeiten.
- Aus der Warte der Belastbarkeit⁵ sind „verantwortungsvolle Verwaltung“ und „angemessene Kostenberechnung“ Elemente, die in Belgiens HSPA ebenfalls stärker berücksichtigt werden müssten.
- Die zweckmäßige Qualitätsanalyse ist ein weiterer Diskussionspunkt, zumal einige Aspekte mitunter zu detailliert ausfallen.

Die belgische HSPA diene bislang vor allem dem Ziel der Nachprüfbarkeit. Es gibt indes die Meinung, dass sie zu einer raschen Verbesserung des Gesundheitssystems beitragen kann. Die für die Weiterentwicklung der belgischen Initiative Verantwortlichen führen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen folgende Beobachtungen ins Treffen:

1. Die HSPA sollte einen ganzheitlichen ausgewogenen Überblick eröffnen, zugunsten eines Perspektivenausgleichs zwischen
 - Gesundheit, sozialen Angelegenheiten und Wirtschaft;
 - der Sphäre der EntscheidungsträgerInnen.
2. Es ist wesentlich, dass sich die Beteiligten auf gleiche Werte – wie gleichberechtigter Zugang zu hochwertiger Versorgung einerseits und Nachhaltigkeit und Effizienz andererseits – stützen.
3. Maßgeblich ist zudem, das Gesundheitssystem ganzheitlich zu betrachten, unter Einbeziehung folgender Elemente:
 - Akutversorgung, aber auch Versorgung bei chronischen und psychischen Krankheiten;
 - Stationäre Pflege (Krankenhäuser), aber auch Primärversorgung;
 - Gesundheitssystem, aber auch Gesundheitsförderung und „Gesundheitsfragen in allen Politikbereichen“.
4. Der Indikatorensatz muss umfassend und komplex genug sein, um das System als Ganzes zu erfassen.
5. Der Bericht muss zu konkreten Empfehlungen führen, die wiederum in Aktionen münden müssen.

⁵ Vgl. die einschlägigen Faktoren in der Mitteilung der Kommission zu wirksamen, zugänglichen und belastbaren Gesundheitssystemen; 4. April 2014, KOM(2014) 215



6. Zahlreiche Aspekte bedürfen weiterer Entwicklungsbemühungen, u. a.:
 - Dimensionsanalyse (Auswirkungen des Gesundheitssystems, Effizienz, Ungleichheiten usw.);
 - Lösungen für eine verbesserte Datenerfassung (UPI, elektronische Daten, Datenvernetzung);
 - Ausarbeitung guter Indikatoren für Primärversorgung, psychologische Betreuung, Pflege chronisch Kranker, Sterbebegleitung;
 - Verbesserung des internationalen Leistungsvergleichs;
 - Verbesserte Datenmeldung;
 - Wege zur Verbesserung der Gesundheitssysteme (Prioritätensetzung, Zielsetzungen, Anreize).
7. Es besteht die Notwendigkeit, ein europäisches HSPA-Netzwerk aufzubauen.



C. Politikinstrumente und Erfahrungen in Peer-Ländern

Im Rahmen des Peer Review-Prozesses hatten die teilnehmenden Staaten einen Fragebogen erhalten, mit dem sie folgende Informationen übermitteln sollten:

1. Kurzdarstellung des HSPA-Konzepts im jeweiligen Land.
2. Thematische Prioritäten.
3. Auswahlmodalitäten hinsichtlich der Bewertungsmaßstäbe (Einschätzung von bewährten bzw. verbesserungswürdigen Elementen) sowie hinsichtlich der wichtigsten Indikatoren, aus denen zentrale Schlussfolgerungen abgeleitet werden.
4. Ziele, anhand derer Fortschrittsmessungen vorgenommen werden; Angabe, ob zur Quantifizierung von Fortschritt zuverlässige Kennzahlen und damit verknüpfte Analysetechniken zum Zug kommen.
5. Darstellung, welchen Niederschlag die HSPA in der nationalen Politikgestaltung findet. Verbreitungsmodalitäten der wichtigsten Ergebnisse in der Öffentlichkeit; Angabe, ob die HSPA für neue Weichenstellungen in der Politik herangezogen wird.
6. Einschätzung der Stärken und Schwächen der HSPA im jeweiligen Land: Zu bewältigende Herausforderungen, Prioritäten für die Verbesserung des HSPA-Systems.
7. Art der benötigten Unterstützung seitens der Union, um die HSPA auf nationaler Ebene voranzubringen.

Sechs Mitgliedstaaten haben einen beantworteten Fragebogen eingereicht: Malta, die Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und das Vereinigte Königreich (England). Deutschland, wo formal keine HSPA durchgeführt wird, trug mit einer Beschreibung seiner einschlägigen Aktivitäten bei.

Wo zutreffend, sind die Antworten zu den einzelnen Punkten in der Tabelle in Anhang 1 zusammengefasst. Aus den beantworteten Fragebogen lassen sich folgende allgemeine Schlussfolgerungen ziehen:

1. In allen Ländern, die Angaben vorgelegt haben, gibt es ein allgemeines Bekenntnis zur HSPA.
2. Die HSPA-Systeme sind in den Ländern unterschiedlich weit fortgeschritten.
3. Die Zielgewichtung der HSPA weist länderspezifische Unterschiede auf. Diese sind zurückzuführen auf spezifische Schwerpunktsetzungen in Bezug auf a) die Förderung der Rechenschaftspflicht in nationalen Institutionen, b) die Bereitstellung von Informationen für die Politik, c) die Steigerung der Transparenz und des Verständnisses, und d) die Anhaltung dezentraler Verwaltungseinheiten zur Berichterstattung.



4. Die HSPA-Abläufe variieren je nach Land, bspw. in folgenden Punkten:
 - Instanzen, die die Nachfrage nach HSPA initiieren und vorantreiben
 - Umgang mit divergierenden Prioritäten der Anspruchsgruppen
 - Finanzierungsinstanzen für die HSPA
 - Abwicklungsinstanzen für die HSPA
 - Format und Inhalte der HSPA
 - Kontinuität und Nachhaltigkeit des HSPA-Vorgangs
5. In allen Systemen kommt in der einen oder anderen Form ein Analyserahmen für die HSPA-Abwicklung zum Tragen, trotz einiger Detailunterschiede. Die wichtigsten Differenzen hängen mit der angenommenen Reichweite des Gesundheitssystems zusammen, in erster Linie mit der Frage, inwieweit die HSPA sich ausschließlich auf Gesundheitsdienste konzentrieren oder eine breite gesellschaftliche Perspektive einnehmen soll.
6. Die Vergleichsgrundlagen sind von Land zu Land verschieden. Internationale Vergleiche haben indes einen immensen Stellenwert, ebenso wie eine gewisse Berücksichtigung nationaler Tendenzen im Zeitverlauf sowie innerstaatliche Vergleiche auf Regionenebene.
7. Das Ausmaß und die Art und Weise, in der die HSPA auf die Politikgestaltung Einfluss nimmt, weist länderspezifische Unterschiede auf. Teilweise fließt sie direkt in die Entscheidungsfindung der Regierung ein, in anderen Fällen ist der direkte Einfluss weitaus geringer und liegt auf der Ebene der informellen Politikdebatte.
8. Die meisten HSPA-Bemühungen stehen noch in einem frühen Entwicklungsstadium. Die bisherigen Errungenschaften bestehen darin, dass die HSPA als Rahmen für die Berichterstattung zu Fortschritten, für die Ermittlung zentraler datenbezogener Schwachpunkte und die Ortung von Handlungsprioritäten für das Gesundheitssystem etabliert ist. Die wichtigsten Herausforderungen liegen im Bereich der Datenschwächen und der Ermittlung der geeignetsten Instrumente zur Übermittlung von Ergebnissen an beteiligte Anspruchsgruppen, darunter die Öffentlichkeit.
9. Auf europäischer Ebene ist es von großer Bedeutung, den Gedankenaustausch zu fördern und die Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit relevanter Daten zu stärken.

D. Zentrale Diskussionspunkte des Seminars

Im Verlauf des Peer Review-Seminars debattierten die Mitglieder der Länderdelegationen und weitere Interessenvertretungen diese und weitere Fragestellungen. Das Seminar beinhaltete Vorträge, in denen der internationale Kontext für die HSPA beleuchtet und Einzelheiten zur begutachteten belgischen Initiative dargelegt wurden. Im Anschluss daran fanden allgemeine Diskussionen unter den Teilnehmenden statt, etwa zu den Zielen der HSPA, ihren Methoden, zu Wirkung und Monitoring, zur HSPA-Governance sowie zur Bedeutung einer unterstützenden Aktion auf europäischer Ebene.

VertreterInnen der Europäischen Kommission – GD EMPL, GD SANCO und GD Wirtschaft und Finanzen – hielten Vorträge zu den Aktivitäten und Politikerfordernissen mit Bezug zur HSPA. Sie legten dabei den bereichsübergreifenden Stellenwert der HSPA dar. VertreterInnen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik beschrieben ihre einschlägigen Aktivitäten auf europäischer Ebene sowie ihre Zusammenarbeit mit der Kommission.

Es war nicht Ziel des Seminars, einen Konsens herzustellen; und so herrschte nicht in allen Punkten Übereinstimmung. Nichtsdestotrotz sollen hier einige der angesprochenen Problempunkte zusammengefasst werden.

1. Die HSPA bildet einen Rahmen für Überlegungen zum Gesundheitssystem – einer Struktur von hoher Komplexität. Einheitliche Datenquellen auf internationaler Ebene sind eine maßgebliche Ressource für jede HSPA.
2. Die exakte Ausgestaltung der Leistungsbewertung ist im Wesentlichen länderspezifisch, da es legitime Unterschiede in der Perspektivenwahl und in den Zielsetzungen der HSPA gibt.
3. Die Nachfrage nach HSPA geht von einer Vielzahl von Quellen aus. Während der Staat in den meisten Fällen die tragende Rolle einnimmt, können auch Interessengruppen mit unterschiedlichsten Interessen beteiligt sein. Ein Konsens über die Zielausrichtung der HSPA lässt sich in manchen Staaten leichter erreichen als in anderen.
4. Die Finanzierung der HSPA kann zu Problemen hinsichtlich ihrer Unabhängigkeit führen.
5. Die HSPA sollte beschreibenden Charakter haben und keine Richtungsvorgaben machen. Zwar können ihre Erkenntnisse zu Verbesserungsvorschlägen für das Gesundheitssystem führen, doch sollten diese am ehesten gesondert vom eigentlichen HSPA-Vorgang formuliert werden.
6. Vergleiche spielen eine grundlegende Rolle in allen HSPA-Initiativen. Dabei kann ein internationaler oder regionaler Maßstab angelegt werden. Mithilfe dieser Vergleiche lassen sich Probleme und Effizienzdefizite in der nationalen oder lokalen Gesundheitsversorgung abgrenzen. Trendvergleiche können ebenfalls dazu beitragen, Auswirkungen von Reformen sichtbar zu machen.



7. Die Wahl der Indikatoren für die HSPA beeinflusst das Resultat. Während eine gewisse Selektion unvermeidlich ist, wurden Vorbehalte gegenüber Vorgehensweisen laut, bei denen die Zahl der Indikatoren überaus begrenzt gehalten wird.
8. Datenschwächen sind ein weit verbreitetes Hindernis; dies bezieht sich auf fehlende, wenig stichhaltige, unzuverlässige oder veraltete Informationen zu bestimmten Bereichen. Bestimmte Themengebiete wie geistige Erkrankungen gehen mit besonderen Schwierigkeiten einher.
9. Die Abwicklung einer HSPA ist per se ein Mittel zur Verbesserung der Qualität und der Reichweite von Daten. In einer Reihe von Staaten konnte die HSPA Bemühungen zugunsten neuer Datenerhebungen anstoßen. Vor allem durch die Verwendung von internationalem Datenmaterial ist es mitunter möglich, den Blick für nationale Datenlücken zu schärfen.
10. Es besteht eine besondere Sorge bezüglich des Fehlens sinnvoller Indikatoren zur Systemeffizienz.
11. Die technisch schwierige Entwicklung zweckmäßiger Indikatoren für die Versorgungsgerechtigkeit und den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen im Hinblick auf verschiedene soziale Gruppen wurde ebenfalls vermerkt.
12. „Fallvignetten“ (Beschreibung des Umgangs mit identischen Fällen in unterschiedlichen Systemen) sind möglicherweise ein weiteres Vergleichsmittel, sind bislang aber noch wenig verbreitet.
13. Es gibt einige Beschränkungen im Datenzugang. Reale oder wahrgenommene Datenschutzrisiken sind heute in manchen Staaten ein gewaltiges Problem; Gesundheitsdaten sind dabei besonders sensibel. Diverse Anonymisierungstechniken sind eine mögliche Lösung, um Vorbehalten gegenüber Datensammlungen zu legitimen Forschungszwecken zu begegnen.
14. Zahlreiche technische Herausforderungen sind noch ungelöst. Der Aspekt der medizinischen Versorgungsgerechtigkeit lässt sich nur schwer in Kennzahlen fassen. Der Zugang zu Pflege ist in dieser Hinsicht ein wichtiges Anliegen, allen voran in Bezug auf den Krankenversicherungsschutz und die Handhabung von Zuzahlungen. Die Effizienzmessung wirft ebenfalls einige Fragen auf. Sollen Fälle von Ineffizienz einfach als schlechte Mittelverwendung gewertet werden oder muss versucht werden, negative Auswirkungen zu messen? Es ist auch nicht immer ein leichtes Unterfangen zu ermitteln, ob Auswirkungen auf die Gesundheit – etwa bzgl. der Lebenserwartung – dem Gesundheitssystem oder anderen Ursachen zuzuschreiben sind. Die Weiterentwicklung von Konzepten wie den „vermeidbaren Todesfällen“ und „vermeidbaren Krankenhausaufenthalten“ bringt indes Fortschritte in dieser Hinsicht. Die Messung „patientInnenbezogener Endpunkte“⁶ (PROM) kann einen Beitrag leisten,

⁶ Erhebungen anhand standardisierter Fragebögen. PatientInnen machen vor, während oder nach einer Behandlung Angaben zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Smith 2013). Sie sind entweder krankheitsspezifisch oder allgemein (anwendbar in einer Vielzahl von Krankheitsbereichen) gehalten. EQ5D ist ein allgemeines PROM-Instrument, entwickelt von der EuroQol-Gruppe. Es findet in einer Vielzahl von Konstellationen Anwendung. Es dient etwa der Beurteilung von Verbesserungen

Berichte über Daten zu anderen Ausgangsgrößen als der Mortalität zu erstellen. Der allgemeine, mit EU-Mitteln entwickelte EQ-5D Gesundheitsfragebogen könnte dafür verwendet werden, allfällige Unterschiede in der Lebensqualität chronisch Erkrankter (z. B. Diabetes) in mehreren Ländern zu ermitteln.

15. In der Rechenschaftspflicht liegt ein zentrales Erfolgsmerkmal der HSPA. Dabei ist jedoch zu klären, wer wem und auf welche Weise Bericht erstatten sollen. Handelt sich um die Rechenschaftspflicht der Regierung gegenüber dem Parlament? Oder der Regierung gegenüber der Bevölkerung? Oder von GesundheitsdienstleisterInnen gegenüber PatientInnen? Diese Überlegungen sind weiterzuführen, da sie über Beschaffenheit und Inhalt der HSPA Ausschlag geben.
16. Sind Zielmarken und Ranglisten ein legitimer Zweck der HSPA? Ist die derart gesteigerte Aufmerksamkeit tatsächlich produktiv? Es herrschte Einigkeit darüber, dass grenzüberschreitende Leistungsvergleiche in jedem Fall möglichst flexibel gehalten werden müssen.
17. Die Verbreitung von HSPA-Erkenntnissen ist wichtig; u. U. bedarf es Untersuchungen, um die besten Methoden zu ermitteln. Vollständige HSPA-Berichte sind für Laien kaum zugänglich. Die Peer Review-TeilnehmerInnen hielten die belgische Praxis fest, für die breite Öffentlichkeit Kurzberichte herauszugeben. Besonders lobend erwähnt wurden die verwendeten Tabellen mit „Smileys“ für eine leicht verständliche Darstellung der Ergebnisse.
18. Bei dem Seminar wurde eine Reihe von Schlüsselkriterien für die Beurteilung von HSPA-Initiativen erwogen.
 - Gibt es eindeutige Zielsetzungen, an denen sich die mit der Auswertung und der Organisation der Verbreitung befassten Personen orientieren können?
 - Gibt es einen eindeutigen Prozess zur Beauftragung der HSPA, mit Vorgaben dafür, wem die Verantwortung für die einzelnen Vorbereitungsstufen zukommt?
 - Gibt es einen klaren konzeptuellen Rahmen für die HSPA?
 - Nimmt die HSPA das gesamte Gesundheitssystem in den Fokus, einschließlich Gesundheitsförderung, öffentliches Gesundheitswesen und Gesundheitsdienste?
 - Ist die Beschreibung der Systeme wirkungsbasiert (z. B. gesundheitliche Verbesserungen, Finanzierungsgerechtigkeit) oder rein prozessbezogen (z. B. Personalstand, Anzahl durchgeführter Behandlungen)?
 - Kommen für die Quantifizierung von Fortschritt zuverlässige Kennzahlen und damit verknüpfte Analysetechniken zum Zug? Sind die gewählten internationalen Bezugsmarken zweckmäßig?

in der Lebensqualität nach einer Behandlung oder der laufenden Überwachung der Lebensqualität in Bezug auf Gesundheitsmerkmale. www.euroqol.org/



- Findet eine angemessene Verbreitung und Förderung der HSPA statt?
 - Handelt es sich um einen regelmäßigen, nachhaltigen Prozess mit geeigneten Vorkehrungen für Überprüfungen und Aktualisierungen?
19. Ist die HSPA vollständig in die gesundheitspolitischen Abläufe eingeflochten? Maßnahmen zur Förderung der HSPA auf europäischer und internationaler Ebene sind wünschenswert. Die TeilnehmerInnen führten allerdings ins Treffen, dass die Einrichtung einer europäischen HSPA eine große Herausforderung darstellen würde. Die Gesundheitssysteme liegen im einzelstaatlichen Zuständigkeitsbereich und sind je nach Land anders strukturiert, sodass Vergleiche nur schwer möglich sind. Infolgedessen verfolgen nicht unbedingt alle Mitgliedstaaten dieselben HSPA-Schwerpunktsetzungen. Für die Zukunft soll aber nicht ausgeschlossen werden, dass sich Spielraum für ein eher vereinheitlichtes Format ergibt. Bilaterale und multilaterale Kooperation kann ebenfalls wertvolle HSPA-Ressourcen zu Tage fördern.
 20. Der EU-Ausschuss für Sozialschutz führt 2014 eine gemeinsame Überarbeitung gesundheitsbezogener länderspezifischer Empfehlungen durch. Eine öffentliche Konsultation zur EU2020-Strategie läuft noch bis Oktober. Sie ist eine Gelegenheit für Überlegungen zur Rolle der Gesundheitssysteme im Rahmen dieser Strategie.
 21. Die EU ermutigt alle Mitgliedstaaten zur Gesundheitsausgabenrechnung mithilfe des Systems der Gesundheitskonten (SHA). Dies würde die Datenqualität verbessern und die Vergleichbarkeit erleichtern. SHA steht heute in einer Reihe von Ländern im Einsatz. Die Kommission überwacht auch die finanzielle Nachhaltigkeit einzelner Ausgabenposten im Gesundheitsbereich.
 22. Von der EU werden bereits Foren für den Erfahrungsaustausch über HSPA bereitgestellt. Eine ganze Reihe europäischer und internationaler Quellen für Indikatoren, Daten und Arbeitsmethoden sind schon verfügbar oder in Vorbereitung (siehe Abschnitt A). Die mit dem Reflexionsprozess zur HSPA betraute Untergruppe regte die Einrichtung einer Sachverständigengruppe an, die als Unterstützung für nationale Politikverantwortliche Werkzeuge und Methoden freilegen soll.



E. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse

HSPA ist ein wichtiger Vorgang, der ein Rahmenwerk für die Leistungsbewertung von Gesundheitssystemen bereitstellen soll. Es schafft mehr Transparenz, fördert die Nachprüfbarkeit der Ausgaben und lässt vorrangige Handlungserfordernisse erkennen. Die Ausgaben öffentlich finanzierter Gesundheitssysteme lassen sich gegenüber Finanzministerium, Parlament und Öffentlichkeit nur schwer rechtfertigen, wenn kein Nachweis für ihre Sinnhaftigkeit angestrebt wird. Dieser Grundsatz wurde mit der 2008 verabschiedeten und von allen Unionsmitgliedern unterzeichneten Charta von Tallinn festgeschrieben und hat seither – angesichts der finanziellen Herausforderungen, vor die viele Staaten gestellt sind – noch weiter an Bedeutung gewonnen.

Die HSPA ist aber auch ein komplexes Unterfangen. Moderne Gesundheitssysteme gehören zu den komplexesten Wirtschaftssektoren. Sie müssen einer Fülle unterschiedlicher Gesundheitsbedürfnisse gerecht werden und dafür mannigfache Interventionen einsetzen. Hinzu kommt, dass gesundheitliche Verbesserungen und der Abbau von Ungleichheiten zwar zu den obersten Zielsetzungen aller Gesundheitssysteme zählen, es aber eine anhaltende Debatte darüber gibt, inwieweit gesundheitliche Outcome-Faktoren auf die Wirkung des Gesundheitssystems zurückgeführt werden können. Diese Ungewissheit hat einige Diskussionen bezüglich der korrekten Definition von „Gesundheitssystem“ entfacht. Dabei geht es auch um die Frage, inwiefern allgemeine soziale Gesundheitsdeterminanten wie die Ernährungsweise und andere mit dem Gesundheitsverhalten zusammenhängende Faktoren berücksichtigt werden müssen.

24

Unter den TeilnehmerInnen gab es die weit verbreitete (und davor bereits von der WHO vertretene) Ansicht, dass die Ausgestaltung der HSPA grundsätzlich Sache der einzelstaatlichen Regierung ist. Dafür sprechen sowohl praktische Gründe (stark abweichende institutionelle Regelungen) als auch die notwendige Rücksichtnahme auf lokale Autonomie. Innerstaatlich gelten ähnliche Argumente, weshalb die Durchsetzung einer landesweiten HSPA in föderal strukturierten Staaten oft schwieriger ist als in Einheitsstaaten.

Dennoch würdigten die Peer Review-TeilnehmerInnen das belgische Instrumentarium als gutes Modell für andere Staaten, die einen HSPA-Prozess einführen bzw. verbessern wollen. Besonders hervorgehoben wurden dabei die Klarheit der Zielvorgaben, der eindeutige Konzeptionsrahmen, die Unabhängigkeit und Genauigkeit der Analysen, die Schwerpunktsetzung auf Versorgungsgerechtigkeit und die Verpflichtung zu einem kontinuierlichen HSPA-Prozess. Die Ortung geeigneter Konzepte, um Belgiens HSPA mit Politikprozessen zu verknüpfen, ist Gegenstand anhaltender Überlegungen. Dieser Aspekt der HSPA ist in den meisten Staaten kaum entwickelt und variiert tendenziell je nach den vorhandenen institutionellen Arrangements.

Die Peer Review-TeilnehmerInnen führten gewichtige Argumente für eine europaweite Aktion zur Förderung und Stärkung der HSPA ins Treffen. Die Durchführbarkeit und Wirksamkeit der HSPA hängt wesentlich vom Vorliegen umfangreicher und zuverlässiger Datenquellen ab, die in möglichst vielen Staaten auf einheitlicher Basis erhoben werden. Von großer



Bedeutung auf internationaler Ebene sind etwa eine Einigung auf den Geltungsbereich von Datenerhebungen, die Festsetzung von Datendefinitionen und -standards, die Förderung der Datenerfassung und -verbreitung durch internationale Organe und ein Austausch bewährter Verfahren zur Datennutzung.

Die technischen Arbeiten des Ausschusses für Sozialschutz, mit dem Ziel, innerhalb des Gemeinsamen Bewertungsrahmens ein Anwendungsgebiet für die Gesundheitspolitik zu eröffnen, steht offenbar in Einklang mit den in den Mitgliedstaaten eingeleiteten HSPA-Initiativen. Das vorgeschlagene Rahmenwerk deckt sich mit zahlreichen Weichenstellungen, die in den Mitgliedstaaten bereits getroffen wurden. Sein Hauptaugenmerk gilt der Versorgungsgerechtigkeit, einem konstanten Anliegen in vielen HSPA-Initiativen. Wie bei allen bisherigen HSPA-Bemühungen hat auch der Ausschuss für Sozialschutz den Effizienzaspekt des Rahmenwerks nicht im Detail ausgearbeitet. Dies dürfte nun vorrangig sein. Es ist hervorzuheben, dass die Erkennung von Ineffizienz eine große Bedeutung hat, und zwar nicht nur deshalb, weil es sich um eine schlechte Mittelverwendung handelt. Ein ineffizienter Ressourceneinsatz führt leicht dazu, dass bestimmten PatientInnen Behandlungen verwehrt bleiben, weil die benötigten Mittel anderweitig verschwendet wurden. In diesem Fall sind gesundheitliche Einbußen eine direkte Folge von Unwirtschaftlichkeit.

Dessen ungeachtet wurde in der Peer Review betont, dass die HSPA ein einzelstaatliches Vorhaben sein muss, abgestimmt auf die örtlichen Bedürfnisse. Aus diesem Grund ist es erforderlich, den Kontext, in dem sie eingesetzt wird, eindeutig abzustecken und sorgfältig zu erklären. Es gibt schlüssige Argumente für die Einführung einheitlicher Berichterstattungsverfahren in allen Ländern (v. a. wenn Staaten sich bereit erklären, aktiv an einem solchen Vorhaben mitzuwirken). In der Geschichte der HSPA (allen voran mit dem Weltgesundheitsbericht 2000) hat sich jedoch gezeigt, dass die Leistungsbewertung anhand eines einzigen Modells mit Risiken verbunden ist und dadurch das Bekenntnis zur HSPA Schaden nehmen kann.

Wenn Gesundheitssysteme nicht ordnungsgemäß über ihren Ressourceneinsatz Rechenschaft ablegen, geht in den Regierungen und in der Bevölkerung möglicherweise die Bereitschaft verloren, ein öffentlich finanziertes Gesundheitswesen mitzutragen. Der Zerfall der Solidarität im Gesundheitsbereich geht potentiell mit einer Reihe nachteiliger Effekte einher – von Verschlechterungen im Gesundheitsniveau bis zu Einbußen bei der Finanzierungs- und Versorgungsgerechtigkeit. Eine wirksame Abwicklung vorausgesetzt, leistet die HSPA potentiell einen erheblichen Beitrag dazu, diese Rechenschaftspflicht zu erfüllen. Hierin liegt ein schlagendes Argument für die Förderung der HSPA-Grundsätze und die Unterstützung bewährter Verfahren.

Literatur

Weltgesundheitsorganisation, The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. 2000, Genf: Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Weltgesundheitsorganisation, Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. 2007, Genf: Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Weltgesundheitsorganisation, Pathways to health system performance assessment: a manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level. 2012, Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa.

Weltgesundheitsorganisation, Der Europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme. 2009, Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa.

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, OECD-Gesundheitsdaten 2013. 2013, Paris: OECD.

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. OECD Health Care Quality Indicators. 2014 4. März 2014]; verfügbar auf: <http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>.

26

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Gesundheit auf einen Blick 2013: OECD-Indikatoren. 2013, OECD: Paris.

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Health at a Glance: Europe 2012. 2012, OECD: Paris.

Europäische Kommission. Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft (ECHI). 2014 4. März 2014]; verfügbar auf: http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_de.htm.

Hofmarcher, M.M. und P. Smith (Hg.). The Health Data Navigator. A toolkit for comparative performance analysis. A EuroREACH product. 2013, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung: Wien.

Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik. European Observatory on Health Systems and Policies. 2014 4. März 2014]; verfügbar auf: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>.

Smith, P. et al. (Hg.). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. 2010, Cambridge University Press: Cambridge.

Papanicolas, I. und P. Smith (Hg.). Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. 2013, Open University Press: Maidenhead.

EXPH (ExpertInnengremium für die Beratung über wirksame Gesundheitsinvestitionen),



Definition and Endorsement of Criteria to Identify Priority Areas When Assessing the Performance of Health Systems. 2014, Brüssel: Europäische Union.

Ausschuss für Sozialschutz / Untergruppe „Indikatoren“, Developing an assessment framework in the area of health based on the Joint Assessment Framework methodology: final report to the SPC on the first stage of implementation. 2013, Brüssel: Ausschuss für Sozialschutz der Europäischen Kommission.

Gerkens, S. und S. Merkur, Belgium: Health system review. 2010, Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Smith, P. und A. Street, On the uses of routine patient reported health outcome data. Health Economics, 2013. 22(2): S. 119-131.





| Land | Allgemeine Ziele | Vergleichsgrundlage | Politische Einflechtung | Errungenschaften und Herausforderungen | Prioritäten für die EU |
|------------|--|---|---|---|---|
| Österreich | <p>Leistungsverständnis unter PolitikerInnen und FachvertreterInnen verbessern</p> <p>Zeitnahe Veröffentlichung von Leistungsdaten</p> | Vergleich mit EU15-Durchschnitt | <p>Ortung notwendiger Handlungsfelder für Politikentscheidende.</p> <p>Baustein eines umfassenderen Bewertungsrahmens (für die Zukunft).</p> | <p>Einflechtung des derzeitigen Mechanismus in einen umfassenderen Bewertungsrahmen, unter Einschluss der Gesundheitspolitik;</p> <p>Weiter reichende Einbettung der HSPA in den Politikgestaltungsprozess.</p> | Aktuelle und homogene Leistungsindikatoren, die auch auf regionaler Ebene bereitstehen, könnten die nationalen Bemühungen untermauern. |
| Malta | <p>Kontinuierliche Beurteilung der Gesundheitsbedürfnisse der Nation und damit zusammenhängend der Gesundheitspolitik.</p> <p>Verbesserung der Nachprüfbarkeit, Transparenz und Tragfähigkeit der Gesundheitsfürsorge.</p> | <p>Euro-Region der WHO und EU-Mitgliedstaaten.</p> <p>EU15-Durchschnitt</p> | <p>Noch zu verwirklichen, aber wahrscheinlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überwachung des Leistungsvermögens des Gesundheitssystems, was die Erfüllung der nationalen Gesundheitsbedürfnisse anbelangt; • Verbesserung der Nachprüfbarkeit, Transparenz und Tragfähigkeit der Gesundheitsfürsorge; • Überlegungen zu künftigen Weichenstellungen in der Politik. | <p>Schaffung eines Indikatorenansatzes in der HSPA, der die Leistung des Gesundheitssystems in seiner Gesamtheit reflektiert (nicht nur Teilbereiche).</p> <p>Aufbau einer eigenen IT-Infrastruktur.</p> | <p>Bereitstellung von Fachwissen und Know-how in bestimmten Entwicklungsgebieten, insbesondere jenen, wo sich die größten Probleme stellen (u. a. IT-Systeme und Vernetzung).</p> <p>Vereinheitlichung des Herangehens der Mitgliedstaaten an die Informationsbeschaffung und den Informationsvergleich.</p> <p>Förderung bewährter Verfahren, Austausch nationaler Erfahrungen und Hilfestellung bei der Durchführung von Benchmark-Praktiken.</p> |



| | | | | | |
|--------------------|--|--|---|--|---|
| <p>Niederlande</p> | <p>Kombination aus Beurteilung (Rechenschaftspflicht) und Agendasetzung (für die strategische Entscheidungsfindung).</p> | <p>Tendenzen im Zeitverlauf Ausgewählte OECD-Staaten EU15-Durchschnitt</p> | <p>In der Gesundheitspolitik wird der Bericht für die Festsetzung von Themenschwerpunkten sowie als Grundlage für die Berichterstattung des Ministeriums an das Parlament herangezogen. Ergebnisse werden aktiv unter Politikverantwortlichen und in der Fachwelt verbreitet. Seit einigen Jahren wird über bestens zugängliche Informationsprodukte auf einer eigenen Webseite eine Auswahl an Ergebnissen präsentiert.</p> | <p>Der DHCP-Bericht ist in ein Netzwerk von hochqualifizierten WissenschaftlerInnen und Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich eingewoben. Die Hauptherausforderung ist, den Niederschlag in der Politik zu stärken und mehr „Handlungswirkung“ zu erzielen.</p> | <p>Unterstützung einschlägiger europäischer Sachverständigennetzwerke, Begünstigung des Austausches über Methoden und bewährte Verfahren. Unterstützung der Arbeit internationaler Einrichtungen wie der WHO und der OECD, allen voran für die „ärmeren“ EU-Staaten. Unterstützung des Kapazitätsaufbaus in bestimmten Sektoren (z. B. Langzeitpflege, Krankenhauspflege, Betreuung psychisch Erkrankter, medizinische Grundversorgung, Volksgesundheit).</p> |
| <p>Portugal</p> | <p>Unterstützung des Gesundheitsministeriums bei der Leistungsverbesserung des Gesundheitssystems Beitrag zum Ausbau wesentlicher Wissensgrundlagen für die Weiterentwicklung der Nationalen Gesundheitsstrategie</p> | <p>Einzelne Länder der EU-15</p> | <p>Unterstützt das Gesundheitsministerium bei der Leistungsverbesserung des Gesundheitssystems Die Öffentlichkeit wurde über die wichtigsten Ergebnisse über eine Pressekonferenz und in Pressemitteilungen informiert.</p> | <p>Die HSPA führte dazu, dass im nationalen Planungsablauf die Warte des Gesundheitssystems Beachtung findet; Kritische Informationslücken im Gesundheitsbereich (z. B. Sicherheit und Gesundheit, sozioökonomische Ungleichheiten im Gesundheitsbereich). Diese Lücken schränken die Möglichkeiten ein, über öffentliche Berichtsmechanismen die Transparenz und Nachprüfbarkeit zu fördern. Die Entscheidung darüber, wie die HSPA in Zukunft institutionell verankert werden soll, steht noch aus.</p> | |



| | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|---|---|
| Schweden | <p>Das öffentlich finanzierte Gesundheitswesen transparenter machen;</p> <p>Die Idee des Gesundheitsmanagements und der Kontrolle durchsetzen;</p> <p>Die Qualität und Verfügbarkeit der Daten zur Leistung und zu den Auswirkungen der Gesundheitsversorgung fördern;</p> | <p>Hauptsächlich auf nationaler Ebene;</p> <p>Wenig internationale Vergleiche</p> | <p>Verwendet in der Entscheidungsfindung sowie in der Entwicklungsarbeit der Provinzräte</p> <p>Dient als Entscheidungsgrundlage bei nationalen Politikinitiativen.</p> <p>Beitrag zu Verbesserungsbestrebungen auf lokaler Ebene</p> <p>Ergebnisse werden an die Öffentlichkeit weitergegeben.</p> | <p>Eine große Zahl von Indikatoren wurde ausgearbeitet; guter Zugang zu Daten aus verschiedensten Quellen</p> <p>Prioritätenabwägung zwischen verschiedenen Maßnahmen – welche Indikatoren sind am wichtigsten?</p> <p>Wie können gewonnene Informationen in Verbesserungen der Gesundheitsversorgung umgemünzt werden?</p> <p>Aktionsplan für eine verbesserte Verfügbarkeit und Verwendung der Daten und Indikatoren für bzw. durch alle Beteiligten.</p> | <p>Mehr Daten für internationale Vergleiche sowie für mehr fachliche HSPA-Konzepte mit länderspezifischem Bezug verfügbar machen.</p> |
| Vereinigtes Königreich (England) | <p>Bietet landesweiten Überblick über Leistungsgrad des Systems</p> <p>Primäre Methode für die Rechenschaftspflicht des NHS England</p> <p>Eröffnet Weichenstellungen für Verbesserungen der Gesundheitsergebnisse und der Versorgungsqualität.</p> | <p>Hauptsächlich auf nationaler Ebene;</p> <p>Tendenzen im Zeitverlauf;</p> <p>Wenig internationale Vergleiche</p> | <p>Das NHS England greift darauf zurück, um über Verbesserungen der Gesundheitsergebnisse und den Abbau von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich Rechenschaft abzulegen.</p> <p>Jährliche Aktualisierung der Daten mithilfe webgestützter Werkzeuge.</p> | <p>Fokus von Prozessen auf für die Menschen relevante Ergebnisfaktoren verlagert.</p> <p>Es ist mitunter schwierig zu ermitteln, wie Verbesserungen zustande gekommen sind;</p> <p>Zeitnähe der Daten manchmal problematisch (sei es hinsichtlich Verfügbarkeit oder Leistbarkeit);</p> <p>Daten in zahlreichen Bereichen begrenzt</p> | |

Europäische Kommission

Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union
2014 — 30 S. — 17,6×25 cm

ISBN 978-92-79-39635-9

ISSN 1977-8023

doi: 10.2767/39006

Die elektronische Ausgabe dieser Veröffentlichung ist in Englisch, Französisch, Deutsch und Niederländisch erhältlich.

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- Einzelexemplar:
über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- Mehrere Exemplare/Poster/Karten:
bei den Vertretungen der Europäischen Union (http://ec.europa.eu/represent_de.htm),
bei den Delegationen in Ländern außerhalb der Europäischen Union (http://eeas.europa.eu/delegations/index_de.htm),
über den Dienst Europe Direct (http://europa.eu/europedirect/index_de.htm) oder unter der gebührenfreien Rufnummer 00 800 6 7 8 9 10 11 (*).

(* Sie erhalten die bereitgestellten Informationen kostenlos, und in den meisten Fällen entstehen auch keine Gesprächsgebühren (außer bei bestimmten Telefonanbietern sowie für Gespräche aus Telefonzellen oder Hotels).

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Kostenpflichtige Abonnements:

- über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/others/agents/index_de.htm).

Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems

Gastgeberland: **Belgien**

Peer-Länder: **Deutschland - Estland - Luxemburg - Malta - Niederlande - Österreich - Portugal - Schweden - Vereinigtes Königreich**

Mit einer Leistungsbeurteilung des Gesundheitssystems (HSPA) verfügen Entscheidungsinstanzen über ein Instrument zur ganzheitlichen Leistungsmessung des Gesundheitswesens und können der Öffentlichkeit sowie relevanten Anspruchsgruppen regelmäßig Bericht erstatten. Dennoch kommt HSPA bislang nur in wenigen EU-Mitgliedstaaten zur Anwendung. Belgien, das seine erste HSPA im Jahr 2008 durchgeführt hat, war Gastgeber einer Peer Review, die sich mit Methoden und Instrumenten beschäftigte um den Einsatz von HSPA innerhalb der EU zu fördern. Dieser Bericht bietet einen Überblick über die behandelten Schlüsselfragen und wichtige Erkenntnisse.

